

ARGEMIRO GONZÁLEZ CAICEDO  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **Davivienda**  
Cuenta N°: **0051-0000-488419842270** - Cuenta Ahorro

Por concepto del servicio:

Factura: <b>APODERADO</b>			Valor Bruto: <b>160.143.750,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>160.143.750,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



MARISOL MARTÍN  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **Bancolombia**  
Cuenta N°: **0007-0000-49275696390 - Cuenta Ahorro**

Por concepto del servicio:

Factura: <b>TERCERO</b>			Valor Bruto: <b>96.086.250,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>96.086.250,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



ELBA NIDIA MARTÍN  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **Banco Caja Social**  
Cuenta N°: **0032-0000-24130319702 - Cuenta Ahorro**

Por concepto del servicio:

Factura: <b>TERCERO</b>			Valor Bruto: <b>96.086.250,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>96.086.250,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



MARTHA PATRICIA MARTÍN  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **Banco Caja Social**  
Cuenta N°: **0032-0000-24072275742 - Cuenta Ahorro**

Por concepto del servicio:

Factura: <b>TERCERO</b>			Valor Bruto: <b>96.086.250,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>96.086.250,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



YURI PAOLA ROA  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **BBVA Colombia**  
Cuenta N°: **0013-0000-209273309** - **Cuenta Ahorro**

Por concepto del servicio:

Factura: <b>APODERADO</b>			Valor Bruto: <b>96.086.250,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>96.086.250,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



AURA MERCEDES MARTÍN  
BOGOTA  
BOGOTA

mod: SN258013\_10055.1  
Fecha: 4 de Junio de 2025  
Siniestro: 074313385  
Asunto: Comunicación pago por transferencia

Señores,

Nos es grato comunicarle que hemos efectuado la transferencia bancaria que se indica a continuación:

Transferencia: **000008787**  
Banco/Caja: **Banco de Bogota**  
Cuenta N°: **0001-0000-002423192 - Cuenta Ahorro**

Por concepto del servicio:

Factura: <b>TERCERO</b>			Valor Bruto: <b>96.086.250,00</b>
Póliza: <b>02222542600000</b>	Siniestro: <b>074313385</b>	Fecha Siniestro: <b>03/11/2018</b>	
Producto: <b>Auto Liviano</b>			Valor Neto: <b>96.086.250,00</b>

Si tiene alguna inquietud al respecto, por favor comuníquese a través de nuestra línea de pagos.

Cordialmente,  
**Allianz**



Bogotá, 27 de mayo de 2025

Señores  
**ALLIANZ SEGUROS S.A.**  
Bogotá

**ASUNTO: PAGO INDEMNIZACIÓN Y COSTAS DEL**  
**RADICADO No. 11001310302020200035300.**

En calidad de Demandantes, AUTORIZAMOS, que de la suma total correspondiente solamente a la indemnización, excluyendo las costas, sea cancelado el valor correspondiente al 25% a nuestro apoderado el señor ARGEMIRO GONZÁLEZ CAICEDO, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.516.722 de Pacho (Cundinamarca.), T. P. No. 41.031 del CSJ, datos de notificación: correo electrónico: argozar60@yahoo.com Celular: 3112086183. Nuestro abogado radicará su solicitud de consignación con los documentos correspondientes.

De igual forma, amablemente solicitamos, que el restante del valor de las indemnizaciones más el valor de las costas, sea cancelada de manera equitativa en nosotras 5 demandantes, por tal motivo relacionamos los datos correspondientes para la consignación en cada una de nuestras cuentas.

DEMANDANTES	CÉDULA	TIPO DE CUENTA	BANCO	NÚMERO DE CUENTA	E-MAIL
MARTHA PATRICIA FERNANDEZ	39670170	Ahorros	BANCO CAJA SOCIAL	24072275742	marthapmf@hotmail.com
MARISOL MARTIN FERNANDEZ	33677093	Ahorros	BANCOLOMBIA	49275696390	mari-luna-24@hotmail.com
ELBA NIDIA MARTIN FERNANDEZ	33677436	Ahorros	CAJA SOCIAL	24130319702	enmartinf@gmail.com
AURA MERCEDES MARTIN FERNANDEZ	53012798	Ahorros	BOGOTA	002423192	conaur5@hotmail.com
YURY PAOLA ROA FERNANDEZ	1048850558	Ahorros	BBVA	0209000200273309	paola.c5983@gmail.com

Adjuntamos a la presente los documentos solicitados de cada una como lo son: Autorización de pagos, sarlaft, copias de cédulas y certificados bancarios.



NOTARIA UNICA DE ZARAGOZA  
ESPACIO EN BLANCO

7

NOTARIA UNICA DE ZARAGOZA  
ESPACIO EN BLANCO



Agradecemos atención y gestión.

Atentamente,

*Martha Patricia Martin Fernandez*  
MARTHA PATRICIA MARTIN FERNANDEZ  
C.C. No. 39.670.170 de Soacha

FIRMA AUTENTICADA

*Marisol Martin Fernandez*  
MARISOL MARTIN FERNANDEZ  
C.C. No. 33.677.093 de Garagoa



*Elba Nidia Martin Fernandez*  
ELBA NIDIA MARTIN FERNANDEZ  
C.C. No. 33.677.436 de Garagoa

*Aura Mercedes Martin Fernandez*  
AURA MERCEDES MARTIN FERNANDEZ  
C.C. No. 53.012.798 de Bogotá D.C.

*Yury Paola Roa Fernandez*  
YURY PAOLA ROA FERNANDEZ  
C.C. No. 1.048.850.558 de Garagoa



**NOTARÍA ÚNICA CÍRCULO DE GARAGOA**  
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

EL ANTERIOR ESCRITO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR:  
Quien dijo ser **MARTIN FERNANDEZ MARISOL**

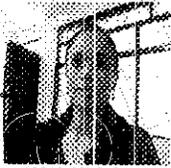
Quien exhibió le: **C.C. 33677093**  
Y manifestó que su contenido es cierto. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

Garagoa, 2025-05-27  
14:23:45

*Marisol Martin Fernandez*  
Firma compareciente

*Yasmin Astrid Ochoa Sanguña*  
YASMIN ASTRID OCHOA SANGUÑA  
NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE GARAGOA

www.notariaenlinea.com  
Cod.: v4lzc  
10919-92E2e2be

A INSISTENCIA DEL  
COMPARECIENTE  
SE PROCEDIÓ



**NOTARIA 29**  
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.  
Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

**PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012  
**LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO**  
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: **MARTIN FERNANDEZ MARTHA PATRICIA**  
quien se identificó con: C.C. 39670170  
y declaró Que reconoce como suya la  
FIRMA impuesta en el presente documento  
y declara como cierto su CONTENIDO. Por  
lo tanto en señal de asentimiento procede a  
firmar esta diligencia. El compareciente  
solicitó y autorizó el tratamiento de sus  
datos personales al ser verificada su  
identidad cotejando sus huellas digitales y  
datos biográficos contra la base de datos  
de la Registraduría Nacional del Estado  
Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
para verificar este documento.



v51wh



*Marta Patricia Martin Fernandez*  
EL DECLARANTE  
13390-9a697a23

Bogotá D.C., 2025-05-28 08:54:33

**NOTARIA 29**  
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.  
Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

**PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012  
**LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO**  
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: **ROA FERNANDEZ YURY PAOLA**  
quien se identificó con: C.C. 1048850558  
y declaró Que reconoce como suya la  
FIRMA impuesta en el presente documento  
y declara como cierto su CONTENIDO. Por  
lo tanto en señal de asentimiento procede a  
firmar esta diligencia. El compareciente  
solicitó y autorizó el tratamiento de sus  
datos personales al ser verificada su  
identidad cotejando sus huellas digitales y  
datos biográficos contra la base de datos  
de la Registraduría Nacional del Estado  
Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
para verificar este documento.



v51ua



*Yury Paola Fernandez*  
EL DECLARANTE  
13390-224b6261

Bogotá D.C., 2025-05-28 08:53:44

**NOTARIA 29**  
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.  
Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

**PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012  
**LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO**  
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: **MARTIN FERNANDEZ ELBA NIDIA**  
quien se identificó con: C.C. 33677436  
y declaró Que reconoce como suya la  
FIRMA impuesta en el presente documento  
y declara como cierto su CONTENIDO. Por  
lo tanto en señal de asentimiento procede a  
firmar esta diligencia. El compareciente  
solicitó y autorizó el tratamiento de sus  
datos personales al ser verificada su  
identidad cotejando sus huellas digitales y  
datos biográficos contra la base de datos  
de la Registraduría Nacional del Estado  
Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
para verificar este documento.



v51si



*Elba Mercedes*  
EL DECLARANTE  
13390-2d646a13

Bogotá D.C., 2025-05-28 08:53:02

**NOTARIA 29**  
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.  
Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

**PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto Ley 019 de 2012  
**LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO**  
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: **MARTIN FERNANDEZ AURA MERCEDES**  
quien se identificó con: C.C. 53012798  
y declaró Que reconoce como suya la  
FIRMA impuesta en el presente documento  
y declara como cierto su CONTENIDO. Por  
lo tanto en señal de asentimiento procede a  
firmar esta diligencia. El compareciente  
solicitó y autorizó el tratamiento de sus  
datos personales al ser verificada su  
identidad cotejando sus huellas digitales y  
datos biográficos contra la base de datos  
de la Registraduría Nacional del Estado  
Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
para verificar este documento.



v51yf



*Aura Mercedes*  
EL DECLARANTE  
13390-13311259

Bogotá D.C., 2025-05-28 08:55:29



DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA**  
**NIT 860.034.313-7**

**CERTIFICA**

Que **ARGEMIRO GONZALEZ CAICEDO** identificado con Cedula de Ciudadania No **11516722** posee con el Banco:

Cuenta de Ahorros : **4884-1984-2270**

Con destino a quien interese.

Se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Mayo del año dos mil veinticinco (2025)

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA**

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.516.722**

**GONZALEZ CAICEDO**

APELLIDOS  
**ARGEMIRO**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1960**

**PACHO**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**22-FEB-1979 PACHO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1519000-00154764-M-0011516722-20090419 0010855763A 1 25808317

## Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: **BOGOTÁ**

Fecha: **28** **05** **2025**

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	

### Persona Natural

Primer apellido **MARTÍZ** Segundo Apellido **FERNÁNDEZ** Nombres Completos **MARTHA PATRICIA**

### Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.J. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No <b>39670170</b> Fecha de expedición <b>31-03-1992</b> Lugar de expedición <b>BOGOTÁ</b>		Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No <b></b> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:	
Fecha de nacimiento <b>24-10-1973</b> Ciudad <b>BOGOTÁ</b>	Lugar de nacimiento <b>LACAPILLA</b> Teléfono <b></b>	Nacionalidad <b>COLOMBIANA</b>	Dirección de Residencia <b>CALLE 89A # 45A - 38 SUR APT. 303 T. 76</b>		
Oficina o profesión <b>AMA DE CASA</b>		E-mail <b>marthapmf@hotmail.com</b>	Celular <b>3134336704</b>	Actividad: Independiente <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/>	
Empresa donde trabaja <b></b>		Cargo <b></b>	Teléfono <b></b>		
Dirección comercial <b></b>			Ciudad <b></b>		

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO   
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO   
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO   
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	Código CIU
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos) <b>150.000.000</b>	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

### INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición
		Lugar de expedición

### Persona Jurídica

Nombre o razón social		Nit.	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIU		

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección		Ciudad
		Teléfono

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. NIT. 860.027.404-1 ALLIANZ SEGUROS S.A. NIT. 860.026.182-6 DE COLOMBIA VIGILADO

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directo o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

**Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)**

Realiza transacciones en moneda extranjera Sí  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

**Declaraciones y Autorizaciones**

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Marta Patricia Martínez, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) Amade casa; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALITO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Sí  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora del servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Sí  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Sí  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmarla información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Marta Patricia Martínez  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):  Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día Mes Año Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día Mes Año Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____



Seguro estamos.

# Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?  SI  NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?  SI  NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?  SI  NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?  SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

**Tomador**

Nombre o razón social: **MARTHA PATRICIA MARTIN FERNANDEZ** Nit. /C.C. **39.670.170**

Oficina principal: Dirección **CARRERA 89A #45-3850** Ciudad **BOGOTÁ** Teléfono **3134336104**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (Solo diligencian las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.  
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.  
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **032** Número de Cuenta (validar según relación) **24072275742** Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.  
**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.**  
**PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.**

**Bancolombia:** Tarjeta Allianz: \_\_\_\_\_

Cheque  Efectivo   *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

**NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.**  
**SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**  
**SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

**3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6.); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

*Martha Patricia Martín Fernández*

Nombre: **Martha Patricia Martín Fernández**

C.C. No. **39.670.170**

**Códigos entidad financiera**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	8, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatris	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Davienvia	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coopevía	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1

VERSIÓN 310124-1



**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MARTHA PATRICIA MARTIN  
FERNANDEZ

Identificado con CC 39670170

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina HAYUELOS, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

<b>Número:</b>	24072275742
<b>Fecha de apertura:</b>	29 de Marzo de 2017
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0049 PATIO BONITO de la ciudad de BOGOTA, el día Martes, 27 de Mayo de 2025.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**



FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1973**

**LA CAPILLA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

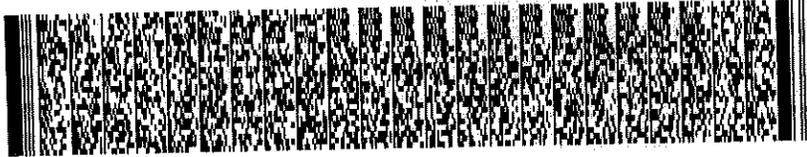
SEXO

**31-MAR-1992 SOACHA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-00990348-F-0039670170-20180328

0060500097A 1 9903633369

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

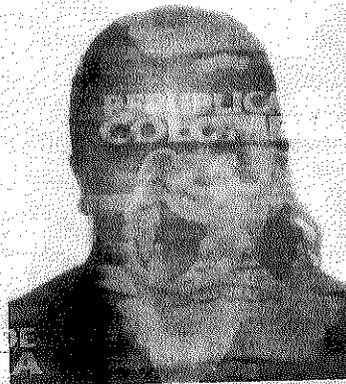
NUMERO **39.670.170**

**MARTIN FERNANDEZ**

APELLIDOS

**MARTHA PATRICIA**

NOMBRES



*Martha Patricia Martin Fernandez*

FIRMA

# Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Garagoa (Boy) Fecha: 27 05 1980

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	

Persona Natural		
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
<u>MARTÍN</u>	<u>FERNANDEZ</u>	<u>MARISOL</u>

## Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>	No		
No <u>33.677.093</u>	No		No	

Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
<u>09/06/1999</u>	<u>Garagoa</u>	<u>29/05/1980</u>	<u>Garagoa</u>	<u>Colombiana</u>	<u>Calle 7 No. 11-30 Barrio Porvenir</u>

Ciudad	Oficina o profesión	Actividad	Independiente <input type="radio"/> Dependiente <input checked="" type="radio"/>
<u>Garagoa (Boy)</u>	<u>Auxiliar Administrativo</u>		

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
<u>Santa Barbara Stereo 106-6 fm</u>	<u>Auxiliar Administrativo</u>	<u>314 3533408</u>

Dirección comercial	Ciudad
<u>Calle 13 No. 7-43 Barrio San Rafael</u>	<u>Garagoa (Boy)</u>

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO   
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO   
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO   
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

Actividad económica	Código CIU
<u>Asalariado</u>	<u>0010</u>

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
<u>\$ 1.423.500</u>	<u>\$ 900.000</u>
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
<u>\$ 0</u>	<u>\$ 0</u>
Patrimonio (Pesos)	Otros ingresos (Pesos)
<u>\$ 0</u>	<u>\$ 0</u>

## INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 960.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 960.026.122-5

VFP010N 2402010

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Numero	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) \_\_\_\_\_ Egresos mensuales (Pesos) \_\_\_\_\_

Activos (Pesos) \_\_\_\_\_ Pasivos (Pesos) \_\_\_\_\_

Patrimonio (Pesos) \_\_\_\_\_ Otros Ingresos (Pesos) \_\_\_\_\_

Concepto otros ingresos \_\_\_\_\_

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera SI  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

#### Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

#### Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_ de manera voluntaria y firmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDAS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello; 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

**3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

- 4. INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.
- 5. ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada o la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.
- 6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

*[Firma manuscrita]*  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No. / Cargo del funcionario: _____		

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI  NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI  NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI  NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

**Tomador**

Nombre o razón social: **MARISOL MARTIN FERNANDEZ** NIL/C.C. **CC No. 33.677.093**

Oficina principal: Dirección **Calle 7 No. 11-30 Bo. Porvenir** Ciudad **Gorogoa Boyacá** Teléfono **3228172864**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor. NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): \_\_\_\_\_ Número de Cuenta (validar según relación): \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional. PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL. PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:

Cheque  Efectivo  *Diligencia número y tipo de cuenta o seleccione pago en cheque o efectivo (efectivo máximo: 10 millones)*

**NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

**3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

*Marisol Martín Fernández*

Nombre: **Marisol Martín Fernández**

C.C. No. **33.677.093 de Gorogoa**

**Códigos entidad financiera**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itau	005	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BEVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Orzivaldo	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	081	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	083	10 dígitos	10 dígitos

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1

# Certificación Bancaria



Garagoa, 27 de Mayo de 2025.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARISOL MARTIN FERNANDEZ identificado(a) con CC No. 33677093 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN PLATA	49275696390	2024/12/12	A ACTIVA

BANCOLOMBIA S.A. - Bucaramanga - Colombia

VICILADO

VICILADO

**\* Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.  
\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: En Bogotá (601) 343 0000, Medellín (604) 510 9000, Cali (602) 554 0505, Barranquilla (605) 361 8888, Bucaramanga (607) 697 2525, Cartagena (605) 693 4400, Resto del país 018000912345.  
Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **33.677.093**

**MARTIN FERNANDEZ**

APELLIDOS

**MARISOL**

NOMBRES

*Marisol Fernandez*

FIRMA

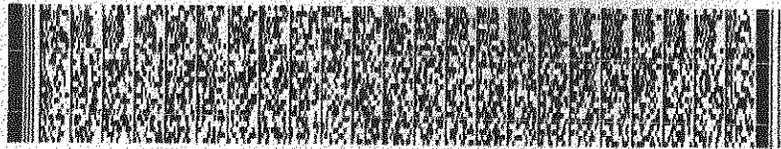


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1980**  
**GARAGOA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.50**      **A+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO  
**09-JUN-1999 GARAGOA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0710000-00208924-F-0033677093-20100113      0019924776A 1      30158154

# Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:  Fecha: 

DÍA	MES	AÑO
28	05	2025

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>

Persona Natural					
Primer apellido	MARTIN	Segundo Apellido	FERNANDEZ	Nombres Completos	ELBA NIDIA

Documento de Identidad					
Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>		Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/>		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:	
No	<input type="text" value="33677436"/>	No	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Fecha de expedición:	<input type="text" value="22/03/2001"/>	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.			
Lugar de expedición:	<input type="text" value="GARAGOA BOY"/>				

Fecha de nacimiento	16/01/1983	Lugar de nacimiento	GARAGOA	Nacionalidad	COLOMBIANA	Dirección de Residencia	CR 24 3 A 20 T3 1017 MURANO LA PROSPERIDAD
Ciudad	MADRID	Teléfono		E-mail	enmartinf@gmail.com	Celular	3142413406

Oficio o profesión	LIDER DE TESORERIA	Actividad:	Independiente <input type="radio"/> Dependiente <input checked="" type="radio"/>
--------------------	--------------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------

Empresa donde trabaja	ROHI IPS SAS	Cargo	LIDER DE TESORERI	Teléfono	3142413406
-----------------------	--------------	-------	-------------------	----------	------------

Dirección comercial	CL 12 1 90	Ciudad	MADRID
---------------------	------------	--------	--------

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

Actividad económica	ASALARIADO	Código CIUJ	0010
---------------------	------------	-------------	------

Ingresos Mensuales (Pesos)	\$2.611.700	Egresos mensuales (Pesos)	\$2.300.000
----------------------------	-------------	---------------------------	-------------

Activos (Pesos)	\$28.000.000	Pasivos (Pesos)	\$56.000.000
-----------------	--------------	-----------------	--------------

Patrimonio (Pesos)	\$28.000.000	Otros Ingresos (Pesos)	
--------------------	--------------	------------------------	--

Concepto otros ingresos

### INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición		Lugar de expedición	

### Persona Jurídica

Nombre o razón social		Nit.	
-----------------------	--	------	--

Oficina principal: Dirección		Ciudad		Teléfono		Fax	
------------------------------	--	--------	--	----------	--	-----	--

Sucursal o agencia: Dirección		Ciudad		Teléfono		Fax	
-------------------------------	--	--------	--	----------	--	-----	--

Tipo de empresa		Sector de la economía		Cuál		Fecha de Constitución	
-----------------	--	-----------------------	--	------	--	-----------------------	--

Actividad económica		Código CIUJ	
---------------------	--	-------------	--

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
-----------------	--	------------------	--	-------------------	--

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición		Lugar de expedición	
-------------------	----	---------------------	--	---------------------	--

Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
---------------------	--	---------------------	--	--------------	--

Dirección		Ciudad		Teléfono	
-----------	--	--------	--	----------	--

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.162-5 DE COLOMBIA VIGILADO

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

#### Productos financieros en el exterior

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

#### Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) de mi actividad económica; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DEVIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro -INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

**3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si  No

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

**4. INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

**5. ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

**6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

*[Firma manuscrita]*

Firma del cliente o apoderado

Hue la huella  
departamento del cliente



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____		

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?  
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?  
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?  
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI  NO   
 SI  NO   
 SI  NO   
 SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

**Tomador**

Nombre o razón social: **ELBA NIDIA MARTIN FERNANDEZ** Nit. /C.C. **33.677.436**  
 Oficina principal: Dirección **Cr 24 3A 20 T3 1017** Ciudad **MADRID CUNDINAMARCA** Teléfono **3142413406**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_  
 Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.  
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **0 3 2** Número de Cuenta (validar según relación) **2 4 1 3 0 3 1 9 7 0 2** Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.**  
**PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.**

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:   
 Cheque  Efectivo   Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

**NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.**  
**SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**  
**SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**

**Declaraciones y Autorizaciones**

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

**3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6.); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Nombre: **ELBA NIDIA MARTIN FERNANDEZ**  
 C.C. No. **33.677.436 de Garagoa Boyacá**

**Códigos entidad financiera**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	AV Villas	062	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itai	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos				
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos				
Banco de Occidente	023	8 dígitos	9 dígitos				
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos				

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ELBA NIDIA MARTIN FERNANDEZ

Identificado con CC 33677436

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina MADRID, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24130319702
<b>Fecha de apertura:</b>	11 de Enero de 2024
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 27 de Mayo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **33.677.436**  
**MARTIN FERNANDEZ**  
APELLIDOS  
**ELBA NIDIA**  
NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

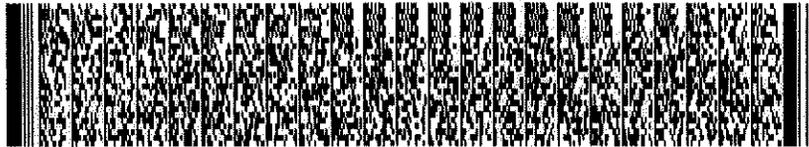
FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1983**  
**GARAGOA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.47**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**22-MAR-2001 GARAGOA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00599378-F-0033677436-20140716      0039194942A 3      1132923149

# Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: **BOGOTA**

Fecha: **28** <sup>DÍA</sup> **05** <sup>MES</sup> **2025** <sup>AÑO</sup>

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	

## Persona Natural

Primer apellido	<b>MARTIN</b>	Segundo Apellido	<b>FERNANDEZ</b>	Nombres Completos		<b>AURA MERCEDES</b>
<b>Documento de Identidad</b>						
Personas Nacionales			Personas Extranjeras			NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:
Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>	No <b>53012798</b>		C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/>	No		
Fecha de expedición			Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		No	
Lugar de expedición	<b>BOGOTA</b>					
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia			
<b>03-07-1984</b>	<b>GARAGOA</b>	<b>COLOMBIANA</b>	<b>CALLE 83 SUR #94-27 Torre 11 APT 204</b>			
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular			
<b>BOGOTA</b>		<b>conaur5@hotmail.com</b>	<b>3212097546</b>			
Oficio o profesión	<b>EMPLEADA</b>		Actividad:	Independiente <input type="radio"/>	Dependiente <input checked="" type="radio"/>	
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono				
<b>MARCALI S.A.</b>	<b>ASESOR COMERCIAL</b>	<b>3275000</b>				
Dirección comercial			Ciudad			
<b>CALLERA 13 # 34-76</b>			<b>BOGOTA</b>			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:			
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada públicamente expuesta? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
Actividad económica	<b>EMPLEADA</b>		Código CIU	<b>010</b>		
Ingresos Mensuales (Pesos)	<b>\$ 3'200.000</b>		Egresos mensuales (Pesos)	<b>2'030.000</b>		
Activos (Pesos)	<b>\$ 180.000.000</b>		Pasivos (Pesos)	<b>5'600.000</b>		
Patrimonio (Pesos)	<b>\$ 180.000.000</b>		Otros Ingresos (Pesos)	<b>Ø</b>		
Concepto otros ingresos						
<b>INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):</b>						
Primer apellido	Segundo Apellido		Nombres Completos			
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición			
<b>Persona Jurídica</b>						
Nombre o razón social					Nit.	
Oficina principal: Dirección	Ciudad		Teléfono	Fax		
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad		Teléfono	Fax		
Tipo de empresa	Sector de la economía		Cuál	Fecha de Constitución		
Actividad económica						Código CIU
<b>INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:</b>						
Primer apellido	Segundo Apellido		Nombres Completos			
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad			
Dirección	Ciudad		Teléfono			

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA VIGILADO

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 3% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) \_\_\_\_\_ Egresos mensuales (Pesos) \_\_\_\_\_

Activos (Pesos) \_\_\_\_\_ Pasivos (Pesos) \_\_\_\_\_

Patrimonio (Pesos) \_\_\_\_\_ Otros Ingresos (Pesos) \_\_\_\_\_

Concepto otros ingresos \_\_\_\_\_

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera  Sí  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

**Productos financieros en el exterior**  
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación, o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**Información sobre reclamaciones en seguros**  
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

1. **ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de ANNA MERCEDES MALILLA de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.) EMPRESA; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDAS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALITO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. **TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas.  Sí  No

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.  Sí  No

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros.  Sí  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

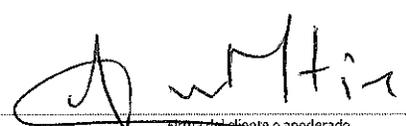
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. **INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. **ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

6. **DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):   Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____  Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones _____  Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____



Seguro estamos.

# Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI  NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI  NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI  NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

**Tomador**

Nombre o razón social: **ANA MERCEDES MARTÍNEZ FERNÁNDEZ** Nit. /C.C. **53012798**

Oficina principal: Dirección **CALE B3 SUR #94-21** Ciudad **BOGOTÁ** Teléfono **3212097546**

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:** (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.  
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.  
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **001** Número de Cuenta (validar según relación) **002423192** Tipo de Cuenta  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.  
**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.**  
**PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.**

**Bancolombia:** Tarjeta Allianz: \_\_\_\_\_  
 Cheque  Efectivo  *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones).*

**NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.**

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

### 3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO**

Nombre: **ANA MERCEDES MARTÍNEZ FERNÁNDEZ**  
 C.C. No. **53012798**

### Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudamérica	012	8 dígitos	0 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Financiera S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que AURA MERCEDES MARTIN FERNANDEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 53.012.798 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 002423192, abierta/o desde el 12/12/2023.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Mayo del año 2025



\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada



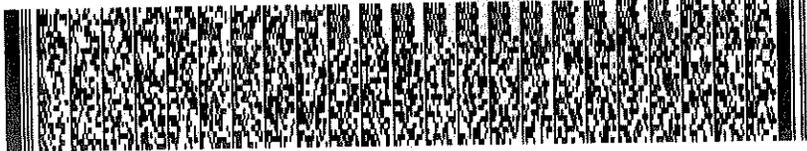
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1984**  
**GARAGOA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.57** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**19-JUL-2002 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vacha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00872807-F-0053012798-20161222 0052759411A 1 1554208962

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.012.798**  
**MARTIN FERNANDEZ**  
APELLIDOS  
**AURA MERCEDES**  
NOMBRES

*Martin Fernandez*  
FIRMA



# Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Bogotá

Fecha: 28 05 2025

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:	

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 960.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.192-5 DE COLOMBIA

## Persona Natural

Primer apellido: ROA Segundo Apellido: FERNANDEZ Nombres Completos: YURY PAOLA

### Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> No: <u>1048 850 558</u> Fecha de expedición: <u>8-7-2014</u> Lugar de expedición: <u>Bogotá</u>		Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/> No: _____ Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia. No: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de nacimiento: <u>30-06-1996</u>	Lugar de nacimiento: <u>Bogotá</u>	Nacionalidad: <u>Colombiana</u>	Dirección de Residencia: <u>Calle 24e #2-70 T=30 apto=603</u>
Ciudad: <u>Madrid</u>	Teléfono: <u>3123298358</u>	E-mail: <u>pada.c5983@gmail.com</u>	Celular: <u>312 329 8358</u>

Oficio o profesión: Supervisor Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja: Jerónimo Martins Col Cargo: Supervisor Jr Teléfono: 01 8000 521 888

Dirección comercial: Calle 100 #7-33 piso 11 Torre Capital Tower Ciudad: Bogotá

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO   
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI  NO   
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO   
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica: Asalariado Código CIU: 0010

Ingresos Mensuales (Pesos): 2'125.000 Egresos mensuales (Pesos): 983.000

Activos (Pesos): 16'000.000 Pasivos (Pesos): 7'000.000

Patrimonio (Pesos): 30'000.000 Otros Ingresos (Pesos): \_\_\_\_\_

Concepto otros ingresos: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición
		Lugar de expedición

### Persona Jurídica

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_ Nit: \_\_\_\_\_

Oficina principal: Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Sucursal o agencia: Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tipo de empresa: \_\_\_\_\_ Sector de la economía: \_\_\_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución: \_\_\_\_\_

Actividad económica: \_\_\_\_\_ Código CIU: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición
		Lugar de expedición

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)			
Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

### Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si  No  Cuál \_\_\_\_\_ Indique otras operaciones \_\_\_\_\_

Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

### Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Yury Vado Vega Fernandez de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficina, actividad, negocio, etc.) de mi actividad económica; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o CDLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías en tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecol - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negativas.

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

*Yury Vado Vega Fernandez*  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):   Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____



Seguro estamos.

# Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI  NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI  NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI  NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:

### Tomador

Nombre o razón social: Yory Paola Ros Fernández NIT /C.C.: 1048850558

Oficina principal: Dirección: Calle 74e #7-70 T-30 apto 603 Ciudad: Madrid Condinamarca Teléfono: 312 3298358

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor. NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): 013 Número de Cuenta (validar según relación): 0209000200273309 Tipo de Cuenta:  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:

Cheque  Efectivo   *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

## Declaraciones y Autorizaciones

**1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

**IMPORTANTE:** Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.co](http://www.allianz.co).

**2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

### 3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

### FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Yory Paola Ros Fernandez

C.C. No. 1048850558

### Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CODIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

\*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente YURY PAOLA ROA FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,048,850,558 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 209273309 aperturada el 3 de noviembre de 2022 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 26 de mayo de 2025.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0209273309
Cuenta de 16 dígitos:	0209000200273309
Cuenta de 20 dígitos:	00130209000200273309

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.048.850.558

ROA FERNANDEZ

APELLIDOS

YURY PAOLA

NOMBRES

*Paola Roa Fernandez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1996

GARAGOA  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61  
ESTATURA

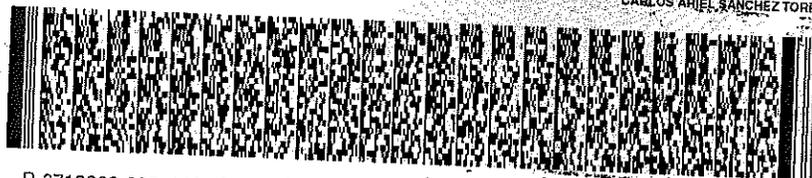
O+  
G.S. RH

F  
SEXO

08-JUL-2014 GARAGOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0710000-00614139-F-1048850558-20140823

0039692076A 1

33358440