

Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
 Por su actividad u. oficina, 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 considerablemente? SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social: _____ N.º C.C. _____
 Oficina principal Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
 Tipo de documento: _____ N.º: _____ 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.
 Yo Jose Luis Figueroa identificado(a) con cédula de ciudadanía (de extranjero o N.º No. 7074479464 suscrito a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a conseguir la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de _____ en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono, o a través el pago alternativo a _____ identificado con la cédula de ciudadanía (de extranjero o N.º No. _____ con nacionalidad 1. _____ nacionalidad 2. _____ para que se le consignen en la cuenta bancaria a que se indica a continuación.

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 graficarla.
 Código Entidad Financiera (según relación): _____ Número de Cuenta (validar según relación): 53609250859
 Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (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 GRABARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque Efectivo

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE REQUIERE QUE TIENE CUARENTAY CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
 SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL REQUIERE 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 USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA REQUIERE 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. Asimismo, 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, FASICOLODA, 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 13A 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.

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 860 026 187-5 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: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física Carrera 13A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO
 Nombre: Jose Luis Figueroa
 C.C. No.: 7074479464



ENTIDAD	CÓDIGO	VALORES EN CHEQUE		ENTIDAD	CÓDIGO	VALORES EN CHEQUE	
		COMUNICAR	APORTAR			COMUNICAR	APORTAR
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Santandera Colombia	018	10 dígitos	10 o 12 dígitos
Banco Popular	002	9 o 12 dígitos	9 o 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 o 12 dígitos	11 o 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 o 12 dígitos	9 o 12 dígitos
Santandera Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	Av Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Colombia	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 o 15 dígitos	9 o 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco Citi Sudameris	012	8 dígitos	8 o 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Canadense BIV	013	9, 12, 14 o 16 dígitos	9, 12, 14 o 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Metin Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

*Para Banco Agrario la red AOF no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esta entidad.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT 860 027 404-1 Allianz Seguros S.A. NIT 860 026 187-5 de Colombia