*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se [illegible] (el socio o accionista es una sociedad) [illegible] 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, pero adjunta la constancia de [illegible] 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 [illegible] 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
	CC ○ TI ○ CE ○ NIT ○ OTRO ○		
	CC ○ TI ○ CE ○ NIT ○ OTRO ○		
	CC ○ TI ○ CE ○ NIT ○ OTRO ○		
	CC ○ TI ○ CE ○ NIT ○ OTRO ○		
	CC ○ TI ○ CE ○ NIT ○ OTRO ○		

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 ○	Cual	Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior

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

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

Información sobre reclamaciones del seguro

Relacione y confirmación 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. Declaro en nombre propio o en representación de _____ de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, revelo 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: (Señale la ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____ 2) Que los mismos que la Semana del Desarrollo de la relación con mi con ALIANZ SEGUROS S.A., ALIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGUROS TO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas (en adelante "las Compañías") no se destinan a la financiación de 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 inexactitud 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 actualizarla 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 tengan la calidad de consumidor financiero, de afiliado o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, presenten, comparten, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mis comportamientos financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a inversionistas y acreedores INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la ley establezca, desde el momento en que tome parte en 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, circulará, transmitirá o transferirá a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal obtenida de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y sociodemográfica, la cual será utilizada para los siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, del 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 vinculen a mi cargo 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, correos electrónicos, SMS, llamadas, entre otros, para el envío de noticias sobre planes 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 vinan o vayan a ser tratados por ALIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALIANZ (Desde el celular #255 - Bogotá 5941133 - A nivel nacional 018000 513500 - Opción 8). 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. 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 entendido 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 negociables.

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.

José Luis Figueroa Moreno

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario del ramo de seguros)	Lugar (Ciudad):	Fecha Día Mes Año Hora
	Fecha Día Mes Año Hora	Observaciones
	Observaciones	Nombre de la persona que la realiza y cargo
	Nombre de la persona que la realiza y cargo	Firma
Nombre/Razón Social	Firma	
Clave No / Cargo del funcionario	Resultado APROBADO ○ RECHAZADO ○	