

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: Qu. BdoFecha: 12 06 24Tipo 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 ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐

Tomador - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐

Asegurado - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐

Cuál: Hijo

Cuál:

Cuál:

Persona Natural

Primer apellido Figueroa Segundo apellido morino Nombres Completos José Luis

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐

No 1077479464 Fecha de expedición 19/12/16 Lugar de expedición Qu. Bdo

Personas Extranjeras C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐

No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES TURISTAS DE LOS PAISES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia.

No

Fecha de nacimiento 03/11/98 Lugar de nacimiento Qu. Bdo Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia Call 64 - #28-62

Ciudad Teléfono E-mail Joseluis5EM2019@HOTMAIL.COM Celular 3007620454

Oficio o profesión Operario de Producción Actividad Independiente Dependencia ☒

Empresa donde trabaja Zoli Foods Cargo Operario Teléfono

Dirección comercial Call 84 Sur #37-15 Ciudad Medellín

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ SI ☒ NO ☐

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimientos públicos? ☐ 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 CII

Ingresos Mensuales (Pesos) 1,353.000 Egresos mensuales (Pesos) 1,353.000

Activos (Pesos) ☐ Pasivos (Pesos) ☐

Patrimonio (Pesos) ☐ Otros Ingresos (Pesos) ☐

Concepto otros ingresos ☐

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido mosquera Segundo apellido Perea Nombres Completos maricela mosquera

Tipo de documento CC N° 35546966 Fecha de expedición 25/09/05 Lugar de expedición Qu. Bdo Choco

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 CII Fecha de Constitución

Actividad económica Código CII

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)	Tipo de Identificación	Número	% de participación
Razón social o Nombres Completos	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ N.T. ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ N.T. ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ N.T. ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ N.T. ☐ OTRO ☐		
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ N.T. ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	Ingresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Ayotamientos (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
(Oprete productos financieros en el exterior) o (Oprete cuentas en moneda extranjera)

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Cuál	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)

No cuento con información correspondiente al valor total de la política ya que la empresa nunca lo a manifestado

Declaraciones y Autorizaciones

1. DECLARACIÓN DE FONDOS Y BIENES. Obrero en nombre propio o en representación de _____ de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, manifiesto 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.): _____ 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGURO 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, incluyendo 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 consignada, 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 tengo 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, recaben, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los organismos de Gestión central de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradoras de Colombia (FASCOBOL), al Instituto Nacional de Investigación y Promoción del Fraude al Seguro (INIFP) y a otros organismos de INVERVAL, en los términos y durante el tiempo que la Ley establece, 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 del diligenciamiento del presente formulario recabará, almacenará, usará, dispondrá o comunicará datos personales 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 derivadas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebrará y a las obligaciones legales que se derivan o sean asumidas a raíz de la prestación y devolución del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, inmediatas, reaseguradoras, reaseguradores, operadores y prestadores de servicios con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades derivadas. Si ☒ No ☐

(ii) Enviar comunicaciones. Comunicar al titular o a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de notificaciones sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, Compañías de la Federación de Seguros de servicios, así como para realizar llamadas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otros miembros del Grupo Allianz, inmediatas, reaseguradoras, reaseguradores, operadores y prestadores de servicios 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, comportamientos, actividades. 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, seleccionar la privacidad 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 acceder ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atendiera 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 - Cliente ALLIANZ (Desde el celular: 8000 - Bogotá 5947133 - 4 nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); (ii) Reclamamiento escrito a la Carrera 134 No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; (iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: serviciosalcliente@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 de una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo requiera.

4. INFORMACIÓN TECNICA. Declaro que he leído 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 denunciarlos 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 (concordado 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 requiera.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado los anexos, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus puntos 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 al negocio en directo)	Lugar (Especifique): Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones: Nombre de la persona que lo realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones: Nombre de la persona que lo realiza y cargo: Firma:

Número/Razón Social:
Código No./ Cargo del funcionario: