

Autorización de pagos

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

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

Tomador

Nombre o razón social **Disleiner** Nit. CC **55600743**
 Oficina principal Dirección **Qu. BDO** Ciudad **Qu. BDO** Teléfono **30-**
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:
 Primer apellido **Morano** Segundo Apellido **Zuñiga** Nombres Completos **Disleiner**
 Tipo de documento **CC** N° **35600743** Dirección **Qu. BDO** Teléfono **30-**

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 extranjería o Nit. No **707449464** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de **10 millones de pesos** en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **10 millones de pesos** identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **707449464** con nacionalidad **1** **Colombiana** nacionalidad **2** **Colombiana** para que se le consignen en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTA: 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) **53609250859** Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☒ Ahorro
 Número de Cuenta (validar según relación)

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 (20) 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 AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: ☒ Cheque ☐ Efectivo ☐ Tarjeta Allianz: ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE 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 RECUERDE 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, FASECOLDIA, 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 mí(nos/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: 018000514425 - 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 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido sociodemográfico, 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. **707449464**

ENTIDAD	CÓDIGO	ESTRUCTURA DE CUENTA	ENTIDAD	CÓDIGO	ESTRUCTURA DE CUENTA
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	Bancolombia	016	10 dígitos
Banco Popular	002	9 a 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos
Banco Italo	016	9 dígitos	Banco Caja Social	022	11 a 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	Davivienda	012	9 a 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	Av Villas	012	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos
HSBC	010	9 a 15 dígitos	CaixaBank	061	12 dígitos
Banco Citi Sudamérica	012	8 dígitos	Estadolibro S.A.	062	12 dígitos
Banco Candería BNA	013	8, 12, 14 a 16 dígitos	Transfin S.A.	063	10 dígitos
Nequi Bank	014	9 dígitos			

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