



Seguro estamos.

Autorización de pagos

- ¿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: **Jairo Gallego Gomez** NIT./C.C.: **10074413**
 Oficina principal: **Cra 20 # 11.148** Ciudad: **Reveira** Teléfono: **3128670883**

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 GIRARLA A EL.

Código Entidad Financiera (según relación): _____ Número de Cuenta (indicar según relación): **488405697415** 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 veintitrés (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 FORMADO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
 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 selección 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, los 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 incluye 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 están 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.

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 diligenciamiento, 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: 9265 - 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: serviciocliente@allianz.co

Conformación de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Sofía Adriana Rios**
 C.C. No. **42067522**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CODIGO	RESOLUCION CUENTA	ENTIDAD	CODIGO	VIGILACION CUENTA
		Corriente			Corriente
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	Diananda	004	9 a 12 dígitos
Banco Páez	002	9 a 12 dígitos	AV/Usas	002	8 a 9 dígitos
Banco Itaú	008	9 dígitos	Banco Páez	000	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	Caribe	001	12 dígitos
Colombia	009	10 dígitos	Fractal S.A.	061	12 dígitos
Banco CHS Sudamer	012	8 dígitos	Franklin S.A.	062	10 dígitos
Banco Candelario BBVA	013	9, 12, 14 a 16 dígitos			
Sociedad Colmena	018	10 dígitos			
Banco de Occidente	023	9 dígitos			
Banco Caja Social	032	11 a 12 dígitos			

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

RECONOCIMIENTO Y AUTENTICACIÓN DE FIRMA
Artículo 73 Decreto Ley 960 de 1970



COD 12320

En la ciudad de La Virginia, Departamento de Risaralda, República de Colombia, el trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría única del Círculo de La Virginia, compareció: SURLAY ADRIANA RIOS HENAO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0042027522, quien manifestó que firma este documento en presencia del Notario, quien da fe de ello.

12320-1



587fd95441

13/03/2024 14:24:52

Surlay Adriana Rios

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: AUTORIZACIÓN DE PAGOS



JOSE IGNACIO CASTRO ZAPATA

Notario Único del Círculo de La Virginia, Departamento de Risaralda

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 587fd95441, 13/03/2024 14:28:20



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: Peveira Fecha: 14/03/2024

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 Ross Segundo Apellido Henoa Nombres Completos Sulay Adriana

Documento de Identidad

Personas Nacionales Cédula T.I. NIUP No 42 027 722 Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. No

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

Fecha de expedición 7.2.24 Lugar de expedición Vnupe Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

Fecha de nacimiento 16.XI.75 Lugar de nacimiento Vnupe Nacionalidad col Dirección de Residencia ca 11.240 Ciudad Vnupe E-mail Celular

Oficina o profesión Independiente Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono Dirección comercial Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
 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 públicamente expuesta? SI NO

Actividad económica Indepente Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 2.000.000 Egresos mensuales (Pesos) 1.700.000

Activos (Pesos) - - - Pasivos (Pesos) - - -

Patrimonio (Pesos) - - - Otros Ingresos (Pesos)

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Gallea Segundo Apellido Gomez Nombres Completos Spin

Tipo de documento Cédula N° 10094413 Fecha de expedición 17.12.73 Lugar de expedición Peveira

Persona Jurídica

Nombre o razón social N.C.

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal o agencia: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo de empresa Sector de la economía Cui Fecha de Constitución

Actividad económica Código CIIU

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Banco Seguros de Vios S.A. NIT 9002374264 - Acreditado S.A. NIT 902081152



VPSOIM 2402019



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 el 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 sector económico, 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 anejarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación					Número	% de participación
	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)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros ingresos (Pesos)

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? o ¿Posee cuenta en moneda extranjera?)

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Moneda	Ciudad	País	Moneda
Información sobre reclamaciones no seguras						
Relación a consultar en las instituciones financieras o en el sitio web de la SIC en los últimos 60 días						
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

- ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Otorgado en nombre propio o en representación de... de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realiza las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de la persona jurídica que representa provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficial, actividad, negocio, etc...), incluyendo sus mate-riales, Filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas. 2) Que los recursos que se demiten del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLONIA S.A. y/o COLSEAFITO S.A., incluyendo sus mate-riales, Filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas. (en adelante "Las Compañías") no se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 3) Que los recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal. 4) Que autoriza a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, exonerando a las Compañías de toda responsabilidad que se demite 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 el efecto establezcan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.
- TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de cambiador financiero, deudor o contra parte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte bancario de comportamiento comercial, solvencia, acciones, convenios, suministros, reportes o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de inversión, INVERVAL, en sus términos y durante el tiempo que la Ley establece, desde el momento en que comencé mi relación con las Compañías.
- 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 legarse a transmitir o transferir a nivel nacional e 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:
 - Realizar la evaluación de la solvencia de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebré y a las obligaciones legales que se demiten o surten acciones a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que contiene permanente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicios que operen con la Compañía para la ejecución de las actividades descritas. SI No
 - Enviar 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, aseguradores, operadores y prestadores de servicios o cualquier tercero con el que realicen un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI No
 - Perfilarme: 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, combatir los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se otorgó en debida forma, ser consultado o recibiendo en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que se anota a ser tratada por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: 1) Línea Call Center: Correo Allianz (Bogotá el call center: +571 5941133 - A nivel nacional: 018000 51550 - Opción 6); 2) Requerimiento escrito a la Carrera 134 No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; 3) Correo electrónico a la Dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.com

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.com. 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 la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he leído y 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 reclamarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada o a celebración del contrato, el respectivo clasificado así como las repeticiones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las penalidades y demás condiciones respectivas.

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 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
(Descripción y funcionamiento del negocio es directo): José Ignacio Espinoza Subgerente Adm. Pios Nombre/Razón Social: Clave No. / Cargo del Funcionario:	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input checked="" type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:



RECONOCIMIENTO Y AUTENTICACIÓN DE FIRMA

Artículo 73 Decreto Ley 960 de 1970



COD 12321

En la ciudad de La Virginia, Departamento de Risaralda, República de Colombia, el trece (13) de marzo de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría única del Círculo de La Virginia, compareció: SURLAY ADRIANA RIOS HENAO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0042027522, quien manifestó que firma este documento en presencia del Notario, quien da fe de ello.

12321-1

Surlay Adriana Rios



587fd95441

13/03/2024 14:25:13

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE



JOSE IGNACIO CASTRO ZAPATA

Notario Único del Círculo de La Virginia, Departamento de Risaralda
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 587fd95441, 13/03/2024 14:28:56

