Outlook

Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Desde HAROLD ARMANDO RIVAS CACERES <rivas_harold@hotmail.com>
Fecha Jue 17/10/2024 3:52 PM
Para clara.montanez@fiscalia.gov.co <clara.montanez@fiscalia.gov.co>

2 archivos adjuntos (637 KB)
acta de conciliacion.pdf; solicitud audiencia principio de oportunidad .pdf;

Señores.

Fiscalía General de la Nación.

Dra. Clara Adriana Montañez Hernández.

Fiscal srpa – Unidad de fiscalía para responsabilidad penal de adolescentes.

Zipaquirá Cundinamarca.

Radicación: 251756000688 2021-00395.

Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito.

HAROLD ARMANDO RIVAS CÁCERES, actuando en calidad de apoderado de víctimas dentro del proceso, por medio del presente escrito me permito radicar acta de conciliación de los perjucios causados a mis representados, así como la coadyuvancia de audiencia de principio de oportunidad, para dar por terminado el proceso de forma anticipada.

Cordialmente.

HAROLD RIVAS.

Outlook

Retransmitido: Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Desde postmaster@outlook.com <postmaster@outlook.com>
Fecha Jue 17/10/2024 3:52 PM
Para clara.montanez@fiscalia.gov.co <clara.montanez@fiscalia.gov.co>

1 archivos adjuntos (25 KB)
Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.;

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

clara.montanez@fiscalia.gov.co (clara.montanez@fiscalia.gov.co)

Asunto: Radicación: 251756000688 2021-00395. Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito. ACUERDO DE CONCILIACIÓN.

Señores.

Fiscalía General de la Nación.

Dra. Clara Adriana Montañez Hernández.

Fiscal srpa – Unidad de fiscalía para responsabilidad penal de adolescentes.

Zipaquirá Cundinamarca.

Radicación: 251756000688 2021-00395.

Delito: Homicidio Culposo en accidente de tránsito.

HAROLD ARMANDO RIVAS CÁCERES, actuando en calidad de apoderado de víctimas dentro del proceso de CLAUDIA ESPERANZA BRICEÑO FORERO, JUAN FELIPE ACOSTA BRICEÑO, JUAN ANTONIO ACOSTA, ADRIANA LUCIA HERNANDEZ BOHORQUEZ, DIEGO ALEJANDRO ACOSTA, BRICEÑO, YURY ALEXANDRA CAMELO BRICEÑO, YULI ANDREA CAMELO BRICEÑO, YENY PATRICIA CAMELO BRICEÑO, así como de JOSE CLEMENTE TOBA VARGAS, MARY LUZ NIEVES BRICEÑO, MARIA YOBANA TOBA BRICEÑO, SANDRA MILENA TOBA BRICEÑO, FLOR ELISA TOBA BRICEÑO, JULIAN TOBA MORENO menor de edad representado por su madre ERIKA ALEJANDRA MORENO RAMIREZ, familiares de los dos fallecidos JHON FREDY ACOSTA BRICEÑO ((Q.D.E.P.) y EDGAR JOSE TOBA BRICEÑO (Q.D.E.P.).

Por medio del presente escrito me permito manifestar que llegamos un acuerdo de indemnización integral por los perjuicios causados a mis representados ante el juzgado cincuenta y ocho civil del circuito de la cuidad de Bogotá. Por la suma de ($450.000.000) Cuatrocientos cincuenta millones de pesos, razón por la cual me permito adjuntar el acta del acuerdo.

Así las cosas, si su despacho a bien lo tiene, de solicitar audiencia de principio de oportunidad para dar por terminado el proceso,

de forma anticipada, manifestando que coadyúbanos dicha solicitud, por estar resarcidos los perjuicios causados.

De igual manera estaremos prestos para ampliar cualquier información adicional, que el despacho requiera. Comunicaciones que se podrán realizar a mi correo electrónico rivas_harold@hotmail.com. O al número de celular 3173721507,

Cordialmente.

HAROLD ARMANDO RIVAS CACERES
C.C. NO. 80.747.496
T.P. 189.674 del C. S de la J.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CINCUENTA Y OCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
Carrera 10 No. 14 – 33 Edificio Hernando Morales Molina Piso [illegible]
Tel. 601 [illegible] Ext. [illegible]
j58cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

AUDIENCIA ARTÍCULOS 372 Y 373 CGP.

Lugar y fecha: Bogotá D.C., 16 de octubre de 2024
Hora de inicio: 9:00 AM
Hora Fin: 10:30 AM
Audiencia Virtual – Ley 2213 de 2022.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO:

Audiencia Pública regulada en los artículos 372 y 373 del CGP dentro del Proceso Verbal – Responsabilidad Civil - **No. 11001-31-03-021-2023-00026-00** de **Claudia Esperanza Briceño y otros** en contra de **Daniel Rozo y otros**.

II. INTERVINIENTES:

1. **Harold Armando Rivas Cáceres**, identificado con C.C No. 80.747- 496 de Bogotá y T. P. 189.674, apoderado parte actora.

2. **Harold Vinicio Barón Rodríguez**, identificado con C.C No. 19.461.787 de Bogotá y T.P. No. 46.814 del C. S. de la J. en calidad de apoderado de los demandados Daniel Rozo y Jesús Rozo.

3. **Daisy Carolina López Romero**, identificada con C.C No. 1.083.324.490 y T. P. 345.870 del C S. de la J. como apoderada en sustitución de la compañía Allianz Seguros S.A.

4.- Los demás comparecientes se registran en el control de asistencia.

III. OBJETO:

Se instaló formalmente la audiencia, se identificaron los comparecientes y acto seguido el despacho concedió el uso de la palabra al representante legal de la compañía aseguradora demandada, que en uso de ella presentó nueva una propuesta, aprobada previamente por las directivas de la compañía de seguros, por la suma de **cuatrocientos cincuenta millones de pesos ($450,000,000),** que la aseguradora se obliga a pagar a favor de la parte demandante en el término de 10 días hábiles

siguientes a la entrega de los documentos que se [illegible] audiencia por parte de la abogada de la compañía demandada.

Surtido el traslado de la propuesta a la parte demandante, manifestaron su aceptación, de modo que las pretensiones se concilian por un total de $450.000.000, el pago se hará de manera fraccionada, a través de cuatro transferencias, a nombre de las cinco personas que el extremo demandante designó para esos fines y que así lo aceptaron a viva voz en audiencia.

El pago se recibirá así.

- Claudia Esperanza Briceño Forero la suma de $150,000.000
- Erika Alejandra Moreno Ramírez el monto de $75.000.000
- María Luz Nieves Briceño el rubro de $75.000.000
- Apoderado de la parte actora, Dr. Harold Armando Rivas Cáceres el valor de $150.000.000

En lugar del memorial de *desistimiento de la denuncia* contra el demandado Daniel Rozo, visto que se trata de un delito frente al que no procede el desistimiento, la parte demandante acreditará la radicación de la solicitud coadyuvando la preclusión de la acción penal y la terminación anticipada del proceso, por indemnización integral de las víctimas.

Los demandantes que recibirán el pago y el apoderado actor, manifiestan que aceptan las sumas reseñadas de manera libre y voluntaria, y que las recibirán a través de las cuentas bancarias que informarán en su oportunidad a la compañía aseguradora.

Atendiendo lo solicitado por las partes, el Juzgado 58 Civil del Circuito de Bogotá:

RESUELVE:

PRIMERO: IMPARTIR aprobación al acuerdo conciliatorio.

SEGUNDO: TERMINAR el proceso por conciliación.

TERCERO: ABSTENERSE de condenar en costas.

CUARTO: ORDENAR el levantamiento de las medidas cautelares, de haberse decretado. **Ofíciese.**

Notificar esta decisión en estrados. Sin observación u objeción por parte de los abogados.

Agotado el objeto de la audiencia, se da por concluida y se levanta acta que da cuenta de lo actuado, que suscribirá la titular del despacho, el secretario *ad hoc*, los abogados y los demandantes que se hallan presentes en la sala de audiencia, y que junto con la grabación que la acompaña y el control de asistencia conforman un solo documento.

Mayra Castilla Herrera
Juez

Harold Geovanny Ramirez Bonilla
Secretario *ad hoc*

Harold Armando Rivas Cáceres
Apoderado

Harold Vinicio Barón Rodríguez
Apoderado

Daisy Carolina López Romero
Apoderada

Claudia Esperanza Briceño Forero
Demandante

Juan Antonio Acosta
Demandante

Adriana Lucia Hernández Bohórquez
Demandante

Daniel Estiven Rozo Santana
Demandado

Carlos Arturo Prieto Suárez
Representante legal
Allianz Seguros S.A.
Demandada

Yuri Alexandra Camelo Briceño
Demandante

Yeny Patricia Camelo Briceño
Demandante

José Clemente Toba Vargas
Demandante

María Luz Nieves Briceño
Demandante

María Yobaila Toba Briceño
Demandante

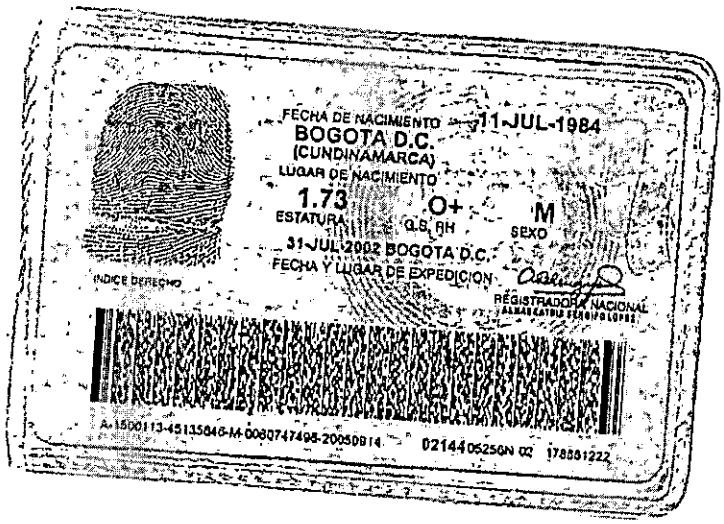
Sandra Milena Toba Briceño
Demandante

Flor Elisa Toba Briceño
Demandante

Erika Alejandra Moreno Ramírez
Demandante

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.747.496
NUMERO
RIVAS CACERES
APELLIDOS
HAROLD ARMANDO
NOMBRES
FIRMA

301107
REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO
189674
Tarjeta No.
14/04/2010
Fecha de Expedición
12/03/2010
Fecha de Grado
HAROLD ARMANDO
RIVAS CACERES
80747496
Cedula
CUNDINAMARCA
Consejo Seccional
AUTONOMA DE COLOMBIA
Universidad
Francisco Escobar Henriquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura


FECHA DE NACIMIENTO
11-JUL-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
31-JUL-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500113-45135846-M-0080747496-20050914
0214405250N 02 178881222

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros No. 424003812

El Banco AV Villas certifica que: **Harold Armando Rivas Caceres**
identificado con el documento No. 80747496, tiene en la oficina OFI PREFERENTE C.INT(424) una Cuenta de Ahorros No. 424003812 desde el 26 de abril de 2024.

Fecha de expedición: 29/08/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777
Barranquilla: 330 4330
Bucaramanga: 630 2980
Medellín: 325 6000
Cali: 885 9595
Resto del país: 01 8000 51 8000

Grupo AVAL

Autorización de pagos

Allianz

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social	Harold Almanto Rivas Cáceres	Nit. /C.C.	80 747 496
Oficina principal: Dirección	Cll 146 # 7-69	Ciudad Bta	Teléfono 3173721507.

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.

Yo Harold Rivas C. identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 80747496 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de Indemnización, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____ con nacionalidad 1_____ nacionalidad 2_____ para que se le consigne en la cuenta bancaria 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 girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	0512	Número de Cuenta (validar según relación)	4240038112	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 NOTARIA 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 RECAUDO 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, 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 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 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 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: 018000 513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A 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: Harold Rivas
C.C. No. 80 747 496

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5

Allianz

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: Bta **Fecha:** DÍA 16 MES 10 AÑO 24 **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	◯ Familiar	◯ Comercial	◯ Laboral	◯ Otra	Cuál:
Tomador -Beneficiario	◯ Familiar	◯ Comercial	◯ Laboral	◯ Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	◯ Familiar	◯ Comercial	◯ Laboral	◯ Otra	Cuál:

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Rivas	Cáceres	Harold Armando

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula ☒ T.I ◯ NUIP ◯
No 80.797.496
Fecha de expedición 31-01-02
Lugar de expedición Bta

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 PAÍSES MIEMBROS DE COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el pa con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
11-07-80	Bta	Colombiano	Cll 146 # 7-64 OF 402.

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Bta		rivas_harold@hotmail.com	3173721507.

Oficio o profesión: Abogado — Actividad: Independiente ☒ Dependiente ◯

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono

Dirección comercial — Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ◯ NO ☒
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ◯ NO ☒
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ◯ NO ☒
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ◯ NO ☒

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

Actividad económica — Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos)	35'000.000	Egresos mensuales(Pesos)	15'000.000.
Activos (Pesos)	1'500.000.000.	Pasivos (Pesos)	300.000.000
Patrimonio (Pesos)	1'200.000.000	Otros Ingresos (Pesos)	

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

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	Cuál	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 DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5

*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)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ 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 ⊗	Cuál	Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior

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

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	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).

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Harold Aguas, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo 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 oficio, actividad, negocio, etc.) trabajo; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO 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, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive 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 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 tenga 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, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, 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 al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o 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:

i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar 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 sean accesorias a este 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, 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 podrán 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 sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); 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 indagado 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 negociales.

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.

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social: ____

Clave No./ Cargo del funcionario: ____

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique): ____

Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ____

Observaciones ____

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma: ____

Resultado: APROBADO ○ RECHAZADO ○

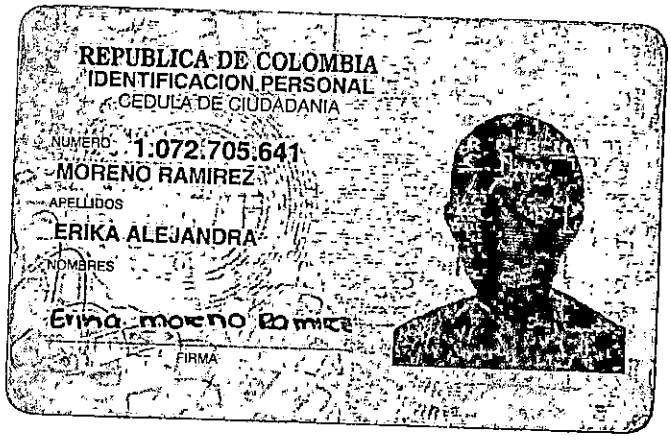
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día ___ Mes Año Hora

Observaciones ____

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

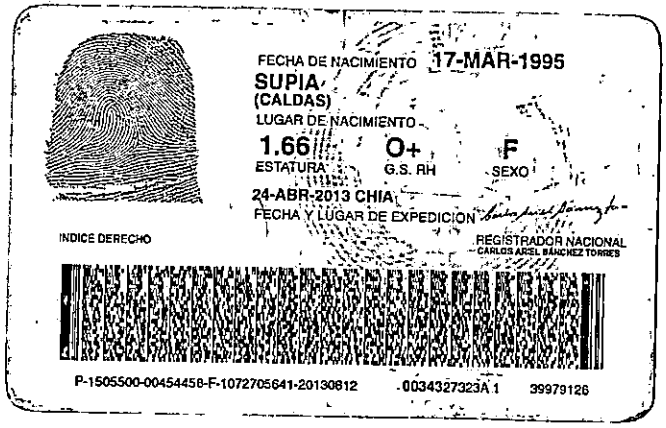
Firma: ____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.705.641
MORENO RAMIREZ
APELLIDOS
ERIKA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1995
SUPIA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ABR-2013 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1505500-00454458-F-1072705641-20130812 0034327323A 1 39979126

Allianz

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: Yumbo V. Fecha: DÍA 16 MES 10 AÑO 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 ◯ Familiar ◯ Comercial ◯ Laboral ◯ Otra Cuál:
Tomador - Beneficiario ◯ Familiar ◯ Comercial ◯ Laboral ◯ Otra Cuál:
Asegurado - Beneficiario ◯ Familiar ◯ Comercial ◯ Laboral ◯ Otra Cuál:

Persona Natural

Primer apellido: Moreno | Segundo Apellido: Ramirez | Nombres Completos: Erika alejandra

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula ⊗ TI ◯ NUIP ◯
Personas Extranjeras: C. Extranjería ◯ Pasaporte ◯ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ◯

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

No 1.072.705.641
Fecha de expedición 24.04.2013
Lugar de expedición Chira

No

Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

No

Fecha de nacimiento 17 03 1995 | Lugar de nacimiento Sopia (c) | Nacionalidad colombiana | Dirección de Residencia calle 13c # 13-41
Ciudad Yumbo Valle | Teléfono | E-mail erika.moreno.ramirez@hotmail.co | Celular 3108499918
Oficio o profesión independiente. | Actividad: Independiente ⊗ Dependiente ◯
Empresa donde trabaja | Cargo | Teléfono
Dirección comercial | Ciudad

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

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ◯ NO ⊗
¿Por su actividad u 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 consideradamente públicamente expuesta? SI ◯ NO ⊗

Actividad económica | Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 1.300.000 | Egresos mensuales(Pesos) 800.000
Activos (Pesos) 15'000.000 | Pasivos (Pesos) 5'000.000
Patrimonio (Pesos) 10.000.000 | Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido | Segundo Apellido | Nombres Completos
Tipo de documento | N° | Fecha de expedición | Lugar de expedición

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 | Cuál | 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

VERSIÓN 2 04/2015

Razón social o Nombres Completos

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

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros

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: Obrando en nombre propio o en representación de Erika Moreno de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, [illegible] 1. Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio o actividad): trabajo 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. [illegible] 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 [illegible] 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 [illegible] 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 [illegible] 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 [illegible] capital social.

1. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS. Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación [illegible] consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial [illegible] incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude [illegible] en los términos y durante el tiempo que la ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

2. 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 [illegible] presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal [illegible] general de identificación, tabulación y [illegible], la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) [illegible] en la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que [illegible] derivan o sean accesorias a este 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, [illegible] operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☒ No ○

(ii) [illegible] 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 [illegible] 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, [illegible] operadores y prestadores de servicio [illegible] con quien tenga un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ☒ No ○

(iii) [illegible] 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, [illegible] 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 [illegible] 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) [illegible] Cliente ALLIANZ (Desde el celular #265 - Bogotá 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a [illegible] 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 privacidad [illegible] 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 [illegible] 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 indagado 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.

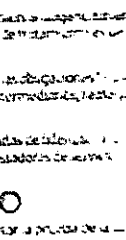
5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

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.

Erivna Moreno R

Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo)	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:	Fecha Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:

Allianz

Autorización de pagos

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

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
Por su actividad u 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 mente SI NO

Tomador

Nombre o razón social: Erika Alejandra Moreno Ramírez Ciudad: No. /C.C.
Teléfono:

Oficina principal Dirección:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres Completos
Primer apellido Segundo Apellido
Tipo de documento N Dirección Teléfono
Ciudad

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 Erika alejandra M identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o NIT No. 1072705641 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de ________ en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a ________ identificado con cédula de ciudadanía/de extranjería o NIT No. ________ con nacionalidad 1 ________ nacionalidad 2 ________ para que se le consigne en la cuenta bancaria 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 girarle a él.

Tipo de Cuenta: Corriente ☐ Ahorros ☒

Código Entidad Financiera (según relación): 052 Número de Cuenta (validar según relación): 174877378

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 NOTARIA 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 RECAUDÓ 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, 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 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 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogota, telefono 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 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: 018000 513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A 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

Erika Moreno R.

Nombre: Erika Alejandra M
C.C. No: 1072705641.

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	009	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	AHORRO
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 o 12 dígitos	11 o 12 dígitos
Davivienda	051	9 o 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Financiera S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

VIGILADO

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 174877378

El Banco AV Villas certifica que: **Erika Alejandra Moreno Ramirez**
identificada con el documento No. 1072705641, tiene en la oficina OFICINA YUMBO (174) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 174877378 desde el 28 de marzo de 2019.

Fecha de expedición: 16/10/2024

MAMÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.493.674
BRICEÑO FORERO

APELLIDOS
CLAUDIA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1973
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

28-AGO-1992 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00008201-F-0020493674-20080513 0000304061A 1 1870005999

Allianz

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: Bogota Fecha: (DIA) 16 (MES) 10 (Año) 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	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	

1. Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Briceño	Fotero	Claudia Esperanza

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula ☒ T.I ○ NUIP ○
No 20.493.674
Fecha de expedición 28/08/1992
Lugar de expedición Chocontá

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 PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento: 20/11/1973	Lugar de nacimiento: Chocontá	Nacionalidad: colombiana	Dirección de Residencia: Carrera 3 # 5 - 84	Celular: 3123916271
Ciudad: cajica	Teléfono:	E-mail: gordisclaui2@gmil.com	Actividad: Independiente ○ Dependiente ○	
Oficio o profesión: ama de casa				
Empresa donde trabaja: NO	Cargo:		Teléfono:	
Dirección comercial:			Ciudad:	

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ○ NO ☒
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ○ NO ☒
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? 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 CIIU
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

2. 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	Cuál	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 Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT 860.026.182-5 DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Si alguno de los socios o accionistas tiene 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 socios que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación [illegible]

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	[illegible]
	C.C. O T.I. O C.E. O NIT O OTRO O		
	C.C. O T.I. O C.E. O NIT O OTRO O		
	C.C. O T.I. O C.E. O NIT O OTRO O		
	C.C. O T.I. O C.E. O NIT O OTRO O		
	C.C. O T.I. O C.E. O NIT O OTRO O		

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 O No O	Cuál	Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior

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

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

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de ______________________, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo 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 oficio, actividad, negocio, etc.) ______________________; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEGAUTO 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, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive 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 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 tenga 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, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, 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 al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o 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:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar 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 sean accesorias a este 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 O No O

(ii) Envíos 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 podrán 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 O No O

(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 O No O

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 sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); 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 indagado 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 negociales.

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.

claudia E Brueño f.

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social: ______________________

Clave No./ Cargo del funcionario: ______________________

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique): ______________________

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ______________

Observaciones ______________________

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma: ______________________

Resultado: APROBADO O RECHAZADO O

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ______________

Observaciones ______________________

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma: ______________________

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Autorización de pagos

Allianz

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

Tomador

Nombre o razón social		Nit. / C.C.
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.

Yo Claudia Briceño E identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 20493674 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de 150.000.000 en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria 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 girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
	4 4 4 2 4 3 8 7 7	☐ 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 NOTARIA 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 RECAUDO 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 d datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera dr 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) 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 juridic 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 ha 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 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 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 po 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 Segu 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 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 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 pr 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 ejercit 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 nacional: 018000513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A 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

Claudia E Briceño F

Nombre: Claudia Briceño E
C.C. No. 20493674

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 6 12 dígitos	9 6 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 6 15 dígitos	9 6 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 6 11 dígitos
Banco Canadero BBVA	013	9, 12, 14 6 16 dígitos	9, 10, 12, 14 6 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUE CORRIENTE	VA
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 6 1
Banco de Occidente	023	9 dígitos	
Banco Caja Social	032	11 6 12 dígitos	11 6 1
Davivienda	051	9 6 12 dígitos	9 6 1
AV Villas	052	9 dígitos	
Banco Pichincha	060	9 dígitos	
Coomeva	061	12 dígitos	
Falabella S.A.	062	12 dígitos	
Finandina S.A.	063	10 dígitos	

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit 860 002 964 4
Calle 36 No 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CLAUDIA ESPERANZA BRICENO FORERO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 20.493.674 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 444243877, abierta/o desde el 15/10/2024.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Octubre del año 2024 con destino a: Alianza

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

MAMÁ

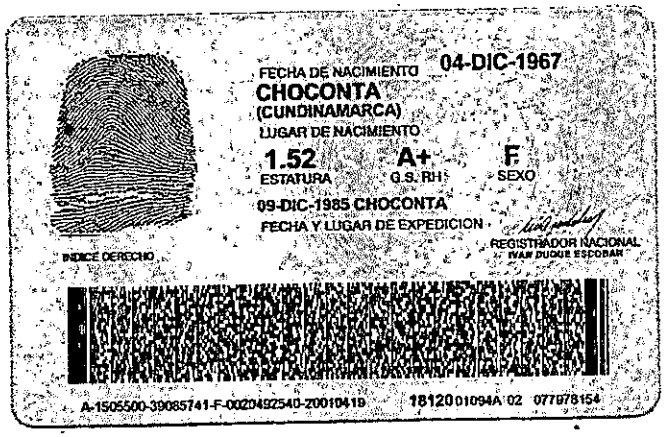
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20492540

BRICEÑO
APELLIDOS

MARIA LUZ NIEVES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-DIC-1967
CHOCONTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

09-DIC-1985 CHOCONTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1505500-39085741-F-0020492540-20010419 1812001094A 02 077978154

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Allianz

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: | **Fecha:** DÍA 16 MES 07 AÑO 24 | **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	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Briceño		Maria Luz Nieves

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ⊗ T.I ○ NUIP ○
No 20492540
Fecha de expedición 09/12/1985
Lugar de expedición Choconta

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 PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES.
Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
04-Dic-1967	Choconta	Colombiana	Choconta (Cundinamarca)

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Chocontá		nievesbriceno714@gmail.com	3212974233

Oficio o profesión: ama de casa — Actividad: Independiente ○ Dependiente ○

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono

Dirección comercial	Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ○ NO ⊗
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ○ NO ⊗
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ○ NO ⊗
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI ○ NO ⊗

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

Actividad económica	Código CIIU

Ingresos Mensuales (Pesos)	700.000	Egresos mensuales(Pesos)	350.000
Activos (Pesos)	15'000.000	Pasivos (Pesos)	5'000.000
Patrimonio (Pesos)	10'000.000	Otros Ingresos (Pesos)	

Concepto otros ingresos

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

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	Cuál	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 DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 24042019

*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)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○		
	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ 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	Cuál	Indique otras operaciones
Si ○ No ○		

Productos financieros en el exterior

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

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

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de NIEVES BARRERO -, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo 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 oficio, actividad, negocio, etc.) trabajo; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO 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, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive 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 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 tenga 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, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, 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 al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o 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:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar 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 sean accesorias a este 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, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, camoañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán 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 sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Linea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); 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 indagado 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 negociales.

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.

*NIEVES BARRERO

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN

(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:

Clave No./ Cargo del funcionario:

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique):

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

Resultado: APROBADO ○ RECHAZADO ○

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: Día Mes Año Hora

Observaciones

Nombre de la persona que la realiza y cargo:

Firma:

VERSIÓN 24042019

Autorización de pagos

Allianz

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social		Nit. /C.C.
María Luz Nieves Briceño		20492540
Oficina principal: Dirección	Ciudad: Chocontá	Teléfono: 3212974233

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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.

Yo Nieves Briceño identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 20492540 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de indemnización en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____con nacionalidad 1_____nacionalidad 2_____ para que se le consigne en la cuenta bancaria 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 girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
0 0 1	2 7 0 1 6 3 4 4 7	☐ 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 NOTARIA 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 RECAUDO 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, 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 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 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 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: 018000 513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A 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

Nieves Briceño

Nombre: M. Luz Nieves Briceño
C.C. No. 20492540

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Scotiabank Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5
VERSIÓN 171219-1

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA LUZ NIEVES BRICEÑO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 20.492.540 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 270163447, abierta/o desde el 31/8/2022.

Se expide en Bogotá el día 16 del mes de Octubre del año 2024 con destino a: Nieves Briceño

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO