

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI ☐ NO ☒
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☒
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social: **Maria Yonela Perez Arguelles** NIT /C.C.: **52 233 049**
 Oficina principal Dirección: **Montería 18 casas suntuaria Ibagué Tolima** Ciudad: **Ibagué Tolima** Teléfono: **320 3735348**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
 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.
 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.

Código Entidad Financiera (según relación): **032** Número de Cuenta (validar según relación): **24104132331** Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (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 CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
 Cheque ☐ Efectivo ☐ **Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)**

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, 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, FASECOLD, 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., identificadas 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 pruebas 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: serviciocliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Maria Yonela Perez A**
 C.C. No: **52233049**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD		CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
			COMPONENTE	ALÍNEA
Banco de Bogotá	001		8 dígitos	8 dígitos
Banco Páguara	002		8 ó 12 dígitos	8 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006		8 dígitos	8 dígitos
Bancolombia	007		11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009		10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Santamía	012		8 ó 11 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco GNB Santamía	013	8, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	8, 10 ó 12 dígitos
Scotiabank Colpatria	018		10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023		9 dígitos	8 dígitos
Banco Colsi S.A.	025		11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davidson	051		8 ó 12 dígitos	8 ó 12 dígitos
Alf. Vivas	052		8 dígitos	8 dígitos
Banco Páguara	060		9 dígitos	9 dígitos
Coosuma	061		12 dígitos	12 dígitos
Felchella S.A.	062		12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063		16 dígitos	10 dígitos

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

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: Bogotá Fecha: 16 08 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 Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Personas Nacionales
Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐

No 52233 049

Fecha de expedición 02-04-1996

Lugar de expedición Bogotá

Fecha de nacimiento 22-01-1975

Lugar de nacimiento Fonseca

Ciudad Bogotá

Oficio o profesión Oficios del hogar

Empresa donde trabaja XXX

Dirección comercial XXX

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.

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

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

Nacionalidad Colombiana

Dirección de Residencia Monzano 18 Casa 8 Santa ana 7bgue

E-mail monayanta.perez@gmail.com

Celular 320 3735340

Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☒

Teléfono XXX

Ciudad XXX

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

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 considerablemente públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

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

Actividad económica XXX

Código CNU

Ingresos Mensuales (Pesos) XXX

Egresos mensuales (Pesos) XXX

Activos (Pesos) XXX

Pasivos (Pesos) XXX

Pasivos (Pesos) XXX

Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos XXX

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Ramos

Segundo Apellido Castro

Tipo de documento CC

N° 15034469

Fecha de expedición 30 Sep 1991

Lugar de expedición Forica

Nombres Completos José del Carmen

Nat. Colombiana

Persona Jurídica

Nombre o razón social

Nat.

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 CNU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido

Segundo Apellido

Tipo de documento

N°

Fecha de expedición

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Dirección

Ciudad

Teléfono

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

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)
Pasivos (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realice 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

Indicar la fecha de las reclamaciones o reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre siniestros en los últimos doce meses

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, 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 destinan 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 autorizadas por la legislación, incluidos DATACREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a las versiones FASECOLDA-BUSINESS, 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 electrónico, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse 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 contractuales 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, aseguradores, operadores y prestadores de servicios 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 servicios, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicios y cualquier tercero con el cual tenga 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 y 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 atiendan los pedidos de acceso, consulta o rectificación en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o seyan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: (i) Línea Call Center - Clientes Allianz (Desde el celular: #285 - 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: serviciosalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, en forma libre, y se obliga a actualizar o actualizar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

4. **INFORMACIÓN RELEVANTE:** Declaro que he leído y he recibido la información sobre las características de los productos y servicios, sus derechos y obligaciones, las condiciones, los tarifas o precios y la forma para ejercer mis derechos 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 listado de los términos y condiciones de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones reglamentarias.

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, en forma libre, y no obligo a actualizar o actualizar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo el presente documento.

Hona Yonem Perez Aguila
Titular del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Representante o funcionario al seguro si aplica)	Legar (Escribirlo): Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Número de la persona que lo realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: Número de la persona que lo realiza y cargo: Firma:

Nombre/Razón Social:
Clave No./ Cargo del funcionario:

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES Identificado con **CC 52233049**

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 12, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24104132331
Fecha de apertura:	8 de Febrero de 2021
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN LE INTERESE, realizada en el Centro de Atención Telefónico de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 15 de Agosto de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.233.049**
PEREZ ARGUELLES

APELLIDOS
MARIA YANELA

NOMBRES

Maria Yanel Perez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1975**
FONSECA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A+

F

ESTATURA

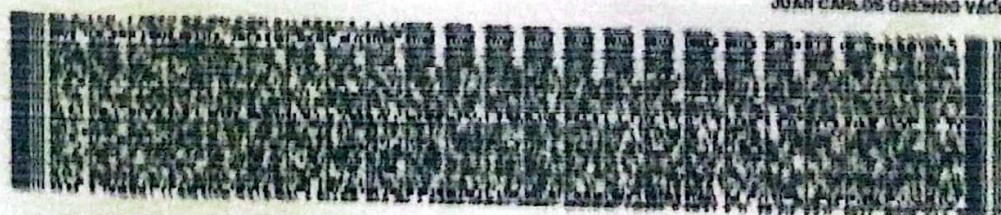
G.S. RH

SEXO

02-ABR-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACHA



A-2900100-01084427-F-0052233049-20190717

0066464974A 1

9908170251