

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.024.479**  
**VILLALBA RODRIGUEZ**

APELLIDOS  
**CARLOS ANDRES**

NOMBRES



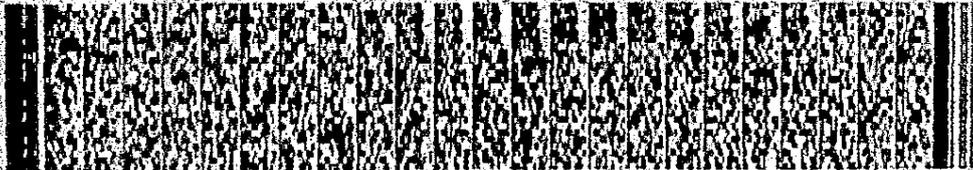
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1979**  
**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.83**                      **O+**                      **M**  
ESTATURA                      G.S. RH                      SEXO

**27-NOV-1997 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00178813-M-0080024479-20090918      0016151006A 1      1990100987



Bogotá D.C., 31 de octubre de 2023

Señores  
ALLIANZ  
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente CARLOS ANDRES VILLALBA RODRIGUEZ identificado con CC N° 80024479, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 11-08-2009 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta de ahorros	021015314	Activo	2009-08-11

*La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.*

*En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.*

*Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.*

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 31 días del mes de octubre de 2023.

Cordialmente,

BANCO ITAÚ

Bogotá 5818181 Medellín 6041818 Pereira 3401818 Cali 4861818 Barranquilla 3851818 Cartagena 6931818  
Bucaramanga 6971818 Manizales 887 9818 Otras ciudades 01 8000 512 633  
[www.itaú.co](http://www.itaú.co)

Dr. Jose Federico Ustáriz González – Defensor del Consumidor Financiero, Pablo Valencia Agudo– Suplente, Carrera 11 A No. 96 – 51 Oficina 203, Bogotá D.C., teléfono 6108161/4. Horario: lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm en jornada continua, [defensoriaitaú@ustarizabogados.com](mailto:defensoriaitaú@ustarizabogados.com). Funciones: dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita. Ser vocero de los consumidores financieros ante la Institución, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a las Juntas Directivas o Consejos de Administración de las entidades recomendaciones, propuestas y peticiones.

## 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: Cajica Fecha: DIA MES AÑO Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál:

### Persona Natural

Primer apellido Villalba Segundo Apellido Rodriguez Nombres Completos Carlos Andrés

### Documento de Identidad

Personas Nacionales  T.I.  NUJP  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 EMISOP con el cual ingresó a Colombia:

No 80024479 Fecha de expedición 27-11-1997 No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses. No

Lugar de expedición Bogotá Fecha de nacimiento 12-10-1979 Lugar de nacimiento Bogotá Nacionalidad Colombiano Dirección de Residencia

Ciudad Bogotá Teléfono  E-mail  Celular

Oficio o profesión Médico especialista Actividad: Independiente  Dependiente  Clínica donde trabaja Clínica Universidad de la Sabana Cargo Jeefe medico de Urgencias Teléfono 8617777

Dirección comercial Avd Kilómetros 21 autopista norte vía clúa Ciudad clúa

Por su cargo o actividad maneja recuissos publicos? SI  NO  Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:  
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI  NO   
Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico? SI  NO   
Existe algun vinculo entre Ud. y una persona consideradamente publicamente expuesta? SI  NO

Actividad económica Empleado Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 15'000.000 Egresos mensuales (Pesos) 8'000.000

Activos (Pesos) 1'200.000.000 Pasivos (Pesos) 800.000.000

Patrimonio (Pesos) 400.000.000 Otros Ingresos (Pesos)

### 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 CIU

### 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

\*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
	CC. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> CE. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	CC. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> CE. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	CC. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> CE. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	CC. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> CE. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	CC. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> CE. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		

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 Relación 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 propia, 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 COLSEKAUTO 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 reportare, 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, acudir o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reportes históricos 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 DATACREDITO y CIBU, a la Federación de Aseguradores de Colombia-FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude de Seguro-Infra y a Inversiones Fasescolda 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 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 para la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebrare y a las obligaciones legales que se 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, intermediarias, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No

(ii) En los comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de 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 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 atiende 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) Pequeño formato 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](http://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 negociadas.

**6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

*[Firma manuscrita]*  
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): Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Prescrito: APROBADO <input type="radio"/> FECHA 2 ADO <input type="radio"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:

**Autorización de pagos**

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

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

**Tomador**  
 Nombre o razón social: **Carlos Andrés Villalba R** NIT./C.C. **80024479**  
 Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Primer apellido **Villalba** Segundo apellido **Rodriguez** Nombres Completos **Carlos Andrés**  
 Tipo de documento **Cédula e** N° **80024479** Dirección **Cra 21 #15 c 284 - Casa 7 Quintas del Melino**  
 Ciudad **Cajicá** Teléfono **3107932268**

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 **Carlos A Villalba R** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **80024479** 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 **Suma**, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **Suma** identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No **Suma** con nacionalidad 1 **Suma** nacionalidad 2 **Suma** 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) **006** Número de Cuenta (validar según relación) **021015314** 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 NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.  
 PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia:  Tarjeta Allianz:   
 Cheque  Efectivo

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](http://www.allianz.co).

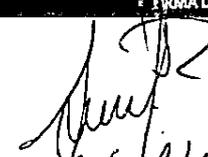
2. **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: [servicioalcliente@allianz.co](mailto:servicioalcliente@allianz.co)

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

**PRIMA DEL CLIENTE O TERCERO**  
  
 Nombre: **Carlos A Villalba R**  
 CC No. **80024479**



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatina	019	10 dígitos	10 y 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	005	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	037	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Springbank Colombia	004	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Comodoro (BPA)	013	5 12 14 ó 16 dígitos	10 12 14 ó 16 dígitos	Finavina S.A	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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

2017-01-10 10:54:54 - C:\Program Files\Allianz\Seguros de Vida S.A. - Autorización de Pagos - Formato de Autorización de Pago Diligenciado por el Beneficiario Final - Versión 1.0 - 2017-01-10 10:54:54

**VIGILADO**