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%.

Ciudad: Bogotá **Fecha:** DÍA 06 MES 10 AÑO 2015 **Tipo de trámite:** Vinculación [x] Actualización [ ]

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Documento de Identidad Fecha de expedición: _____ Lugar de expedición: _____

Personas Nacionales	Personas Extranjeras	NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el pais EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:
Cédula [ ] T.I [ ] NIT. [ ] NUIP [ ]	C. Extranjería [ ] Pasaporte [ ] Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. [ ]	
No	No Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	No

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular

Oficio o profesión	Actividad: Independiente [ ] Dependiente [ ]

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono

Fax	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 [ ]	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoria PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bo. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *

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

Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.
Eurociencia Colombia S.A.S	900.532.977-8

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Av Cr 9ª # 115-06 of c 704	Bogotá	3103066020	
Sucursal o agencia: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**	**Fax**
TTCB Auto. Medellin Km. 3,5 Bod 3141	Bogotá	8759265 ext 6202	27 Junio 2012
Tipo de empresa	**Sector de la economía**	**Cuál**	**Fecha de Constitución**
S.A.S	Importador - Comercializador		

Actividad económica	Código CIIU
Comercio Por Mayor de otros tipos maquinaria Equipo NCP	4659

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Gomez	Gamido	Andres

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
CC	79'531.751	Sep. 30 1988	Bogotá
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**		**Nacionalidad**
Junio 15 de 1970	Bogotá		Colombiana

Dirección	Ciudad	Teléfono
TTCB Auto. Medellín Km 3,5 Bodega 31 Modulo 4	Bogotá	8759265

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
Eurociencia CV	C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] NIT [ ] OTRO [x]		100%
	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 [ ]		

Descripción de la Actividad económica	Código CIIU

Especifique

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

Ingresos Mensuales (Pesos)	$ 50.000.000	Egresos mensuales(Pesos)	60.000.000
Activos (Pesos)	$2.331.143,316	Pasivos (Pesos)	$453.222.941
Patrimonio (Pesos)	$ 1.877.920.374	Otros Ingresos (Pesos)	—
Concepto otros Ingresos			

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

Realiza transacciones en moneda extranjera	Si [X]	No [ ]	Cuál Inversion	Indique otras operaciones

Productos financieros en el exterior
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera? no

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 Eroiciencia Colombia S.A.S, 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.) Cial x Mayor de otros tipos de mercancia; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSEAUTOS.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: 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: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) 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.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (I) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. 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.

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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Firma del cliente:
Seguros & Risk	
Nombre/Razón Social: Martha L Valencia V.	Nombre: Andres Gomez Garrido
Clave No./Cargo del Funcionario: 1702449 Dir 6 Años	C.C. No. 79.531.754

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)
Lugar (Especifique): Oficina cliente	Fecha: Día 7 Mes 10 Año 2015 Hora 10 am	Nombre:
Fecha: Día 7 Mes 10 Año 2015 Hora 8:30am	Observaciones	Firma:
Observaciones	Nombre de la persona que la realiza y cargo: Martha L Valencia - Dir 6 Años	Fecha:
Nombre de la persona que la realiza y cargo: Martha L Valencia - Dir 6 Años	Firma: Yaritza V Valencia V.	
Firma: Yaritza V Valencia		
Resultado: APROBADO [X] RECHAZADO [ ]		