

Cali, Diciembre 20 del 2024

SEÑORES
ALLIANZ SEGUROS S.A
Atn. DEPARTAMENTO DE INDEMNIZACIONES
Ciudad

REF: AUTORIZACION DE PAGO FRACCIONADO
SU AUTO: CQJ274

NUBIA PAOLA BONILLA, mayor de edad, identificada con C.C No 1.026.558.557 de Bogotá, actuando en nombre propio y en REPRESENTACION de la menor **DANNAT ZHARIT PEREZ BONILLA** menor de edad, vecina de Cali, **WILMAR PEREZ TORRES** mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece el pie de mi firma, actuando en nombre propio como compañero permanente de la VICTIMA **NUBIA PAOLA BONILLA**, y en REPRESENTACION de la menor **DANNAT ZHARIT PEREZ BONILLA**, **JAQUELINE TORRES SALDAÑA** mayor de edad, vecina de Cali, identificada como aparece el pie de mi firma, actuando en calidad de suegra de la LESIONADA **NUBIA PAOLA BONILLA**, ante usted comedidamente manifestamos que AUTORIZAMOS a **ALLIANZ SEGUROS S.A** para que se sirva CANCELAR el valor producto de la SENTENCIA por la suma de \$370.191.157 PESOS MCTE de manera fraccionada así:

1. Para la SRA **NUBIA PAOLA BONILLA** la suma de \$249.221.987 consignado a la cuenta bancaria No 75000008578 ahorros de BANCOLOMBIA.
2. A favor de la Dra. **VANESSA CASTILLO VELASQUEZ**, abogada en ejercicio, identificada con C.C No 66.855.547 de Cali, en calidad de APODERADA de la suscrita, con facultades para RECIBIR y descontar los honorarios del valor indemnizado, solicito que el valor de los honorarios sea CANCELADO \$120.969.170 consignados a la CUENTA BANCARIA No 37401334-1 CUENTA DE AHORROS BANCO ITAU

Agradecemos su valiosa colaboración.

CORDIALMENTE


VANESSA CASTILLO VELASQUEZ
C.C No 66.855.547 de Cali.


NUBIA PAOLA BONILLA
C.C No 1.026.558.557 de Bogotá



MEZŐKÖZSEGEI
HÍRLEIRIA NOVÉ
Hírt. székely
Jón. Adáms
Székelyi 1422
t. 5 Forst
Székelydörnye 63

COLOMBIA
NOVENA DE CALI
del Cauce
Notario
1 de Dic. 22/2022
Oporto 1 de

WILMAR PEREZ TORRES

C.C No 94.044.358 de Candelaria

Jaqueline Torres Saldaña
JAQUELINE TORRES SALDAÑA

C.C No 51.904.791 DE BOGOTA

COLOMBIA
NOVENA DE CALI
Oporto 1 de Dic. 22/2022
Notario
del Cauce
1 de Dic. 22/2022
Oporto 1 de

COLOMBIA
NOVENA DE CALI
Barona Muñoz

NOTARIA NOVENA DE CALI

notaria: li9@yahoo.com.mx

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO, FIRMA Y HUELLA

Ante la Notaría Novena (9) del Círculo de Cali,
Compareció:

TORRES SALDAÑA JACQUELINE

quien exhibió C.C. 51904791 de Bogota

y declaró que la firma y huella que aparecen en el
presente documento son suyas y que el contenido
del mismo es cierto.

435xcf53er3eexec

CALI 26/12/2024 a las 8:36:07 a. m.

EMR

Huella

Esta diligencia se tramita a
solicitud del Compareciente
Previo advertencia del
Decreto 2150/95 y Decreto
2148/83

Verifique los datos ingresando a
www.notariaenlinea.com

8ET7XYAQB6ZIEJ1H



FIRMA

Mayury Natalia Rodriguez Ospina
MAYURY NATALIA RODRIGUEZ OSPINA
NOTARIA NOVENA (E) DE CALI

NOTARIA NOVENA DE CALI

notariacali9@yahoo.com.mx

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO, FIRMA Y HUELLA

Ante la Notaría Novena (9) del Círculo de Cali,
Compareció:

BONILLA NUBIA PAOLA

quien exhibió C.C. 1026558557 de

y declaró que la firma y huella que aparecen en el
presente documento son suyas y que el contenido
del mismo es cierto.

ki9p00a00z9pk99i9I

CALI 26/12/2024 a las 8:36:29 a. m.

EMR

Huella

Esta diligencia se tramita a
solicitud del Compareciente
Previo advertencia del
Decreto 2150/95 y Decreto
2148/83

Verifique los datos ingresando a
www.notariaenlinea.com

YJHSA2QC4R7XCR4WU5



FIRMA

Nubia Paola Bonilla
MAYURY NATALIA RODRIGUEZ OSPINA
NOTARIA NOVENA (E) DE CALI

NOTARIA NOVENA DE CALI

notariacali9@yahoo.com.mx

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE
CONTENIDO, FIRMA Y HUELLA**

Ante la Notaría Novena (9) del Circulo de Cali,
Compareció:

WILMAR PEREZ TORRES

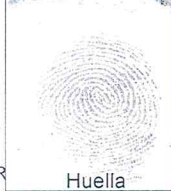
quien exhibió C.C. 94044358 de
y declaró que la firma y huella que aparecen en el
presente documento son suyas y que el contenido
del mismo es cierto.

walaazqsp10pplpa

CALI 26/12/2024 a las 8:37:33 a. m.

Verifique los datos ingresando a
www.notariaenlinea.com

KCPCKMT0AGH7NRU7



EMR

Huella

Esta diligencia se tramita a
solicitud del Compareciente
Previo advertencia del
Decreto 2150/95 y Decreto
2148/83



[Handwritten signature]
FIRMA

MAYURY NATALIA RODRIGUEZ OSPINA
NOTARIA NOVENA (E) DE CALI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.558.557**

BONILLA

APELLIDOS
NUBIA PAOLA

NOMBRES

[Signature]

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1988**

UNE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-NOV-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1500150-01192142-F-1026558557-20201222 0072913077A 1 9914148736

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 51.904.791

TORRES SALDAÑA

APELLIDOS

JACQUELINE

NOMBRES

Jacqueline Torres Saldaña

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

07-OCT-1986 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-3100150-00865713-F-0051904791-20161116

0052181547A 2

3184145548

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: Cgk Fecha: DÍA 20 MES 17 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: <u>VA</u>
Tomador -Beneficiario	☒ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál: <u>NA</u>
Asegurado - Beneficiario	☒ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál: <u>NA</u>

Persona Natural

Primer apellido Cortés	Segundo Apellido Velásquez	Nombres Completos Vanessa
---------------------------	-------------------------------	------------------------------

Documento de Identidad

☒ Personas Nacionales ☐ Personas Extranjeras
 Cédula ☒ T.I. ☐ NIIP ☐
 C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐

No 66855547
Fecha de expedición 28/06/1991
Lugar de expedición ...

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

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
16/01/1973	Cal. Valle	Columbiana	CL 13D # 65A 13.
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular

Oficio o profesión	Actividad:	Independiente ☐	Dependiente ☒
Abogada			

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
Vanguardia Costillo Velasco y Abogados S.A.S.	Director	311 620 613
Dirección comercial	Ciudad	
Carrera 5 # 10-63	Cali	

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 considerablemente públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

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

Actividad económica	Abogado	Código CIIU	6910
---------------------	---------	-------------	------

Ingresos Mensuales (Pesos) \$ 8.000.000⁻ Egresos mensuales (Pesos) \$ 6.000.000⁻

Activos (Pesos) \$358,825.000² Pasivos (Pesos) \$12,440.000²

Patrimonio (Pesos)	\$ 346.385.000 ⁻	Otros Ingresos (Pesos)	\$ 1.000.000 ⁻
--------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------

Concepto otros ingresos consultas, asesorías.

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
-----------	--------	----------

*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
NA	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
NA	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
NA	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
NA	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
NA	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		

Ingresos Mensuales (Pesos)	NA	Egresos mensuales (Pesos)	NA
Activos (Pesos)	NA	Pasivos (Pesos)	NA
Patrimonio (Pesos)	NA	Otros Ingresos (Pesos)	NA
Concepto otros ingresos	NA		

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 Venerda Castillo Velásquez, 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.): Salario (asesorías); 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 DATA CRÉDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda-INVFERAS, 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 podrá 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 negociables.

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: _____

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social: **Vanessa Castillo Veldquez** Nit./C.C.: **66 855 547**
Oficina principal: Dirección: **Cra 5 #12-63** Ciudad: **Cul: - Valle** Teléfono: **311 6120613**

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

Primer apellido: **Castillo** Segundo Apellido: **Veldquez** Nombres Completos: **Vanessa**
Tipo de documento: N° Dirección: Ciudad: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): **006** Número de Cuenta (validar según relación): **379013341** 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 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 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, 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, 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: **Vanessa Castillo V.**
C.C. No. **66 855 547**

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
Scotiabank Colpatría	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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomewa	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.

Bogotá D.C., 20 de diciembre de 2024

Señores

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente VANESSA CASTILLO VELASQUEZ identificado con CC N° 66855547, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 16-07-2002 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Ahorros	379013341	Activo	16/07/2002

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

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 20 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Servicio

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: Cali Fecha: 19 12 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: ninguno
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra	Cuál: ninguno
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra	Cuál: ninguno

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Bonilla		Nubia Paola

Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		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:
Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐		C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐		
No 1026558557		No		
Fecha de expedición 29-11-2006				
Lugar de expedición Bogotá		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		No

Fecha de nacimiento 10-03-1988	Lugar de nacimiento Une	Nacionalidad colombiana	Dirección de Residencia calle 41 # 6B-14
Ciudad Cali	Teléfono 311 266 0134	E-mail wtperez8@hotmail.com	Celular 320 71562 23

Oficio o profesión confecciones	Actividad: Independiente ☒ Dependiente ☐
---------------------------------	---

Empresa donde trabaja No trabajo	Cargo Ninguno	Teléfono NO APLICA
----------------------------------	---------------	--------------------

Dirección comercial No aplica	Ciudad NO aplica
-------------------------------	------------------

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
Por su actividad u 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 No aplica	Código CIU No aplica
-------------------------------	----------------------

Ingresos Mensuales (Pesos) 300.000	Egresos mensuales (Pesos) 300.000
------------------------------------	-----------------------------------

Activos (Pesos) 0	Pasivos (Pesos) 500.000.
-------------------	--------------------------

Patrimonio (Pesos) - 500.000	Otros Ingresos (Pesos) 0
------------------------------	--------------------------

Concepto otros ingresos NO aplica

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido Castillo	Segundo Apellido Velasquez	Nombres Completos Vanesa
Tipo de documento CC	N° 66 855 547	Fecha de expedición 28-06-1991
		Lugar de expedición Cali

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
-----------	--------	----------

*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
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

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 Nubia Paola Bonilla, 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.): ayuda familiar; 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; 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 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 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 podrá 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 negocialas.

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.

Nubia Paola Bonilla

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: _____ Resultado: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____		



Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social **Nubia Paola Bonillo**

Nit. /C.C. **1026558557**

Oficina principal: Dirección **calle 41 # 68-14**

Ciudad **cali**

Teléfono **3112660134**

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

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Tipo de documento N° Dirección

Ciudad Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **007** Número de Cuenta (validar según relación) **75000008578** 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 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 CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
Cheque ☐ Efectivo ☐

Diligencia número y tipo de cuenta o selección pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

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

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, 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: **Nubia Paola Bonillo**
C.C. No. **1026558557**

Códigos entidad financiera

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
Citibank	009	10 dígitos	10 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
Scotiabank Colpatría	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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomewa	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.

Certificación Bancaria



Cali, 19 de diciembre de 2024

Señor(a)

A quien pueda interesarle

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **NUBIA PAOLA BONILLA** identificado (a) con Cedula de Ciudadania, **1.026.558.557** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORRO PERSONAL	750-000085-78	2024/12/19	ACTIVA

Atentamente,

Claudia Maria Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.026.558.557**

BONILLA

APELLIDOS

NUBIA PAOLA

NOMBRES

Nubia Paola Bonilla
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1988**

UNE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

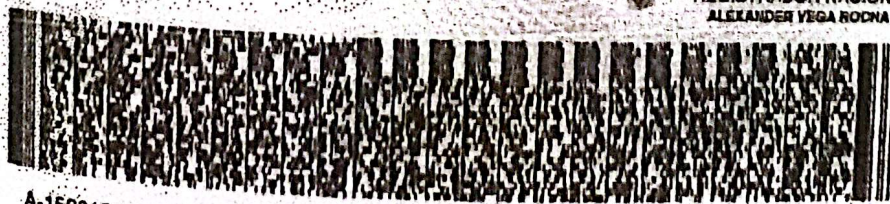
F

SEXO

29-NOV-2006 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RODRÍGUEZ



A-1500150-01192142-F-1026558557-20201222

0072913077A 1

9914148736

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.855.547**

CASTILLO VELASQUEZ

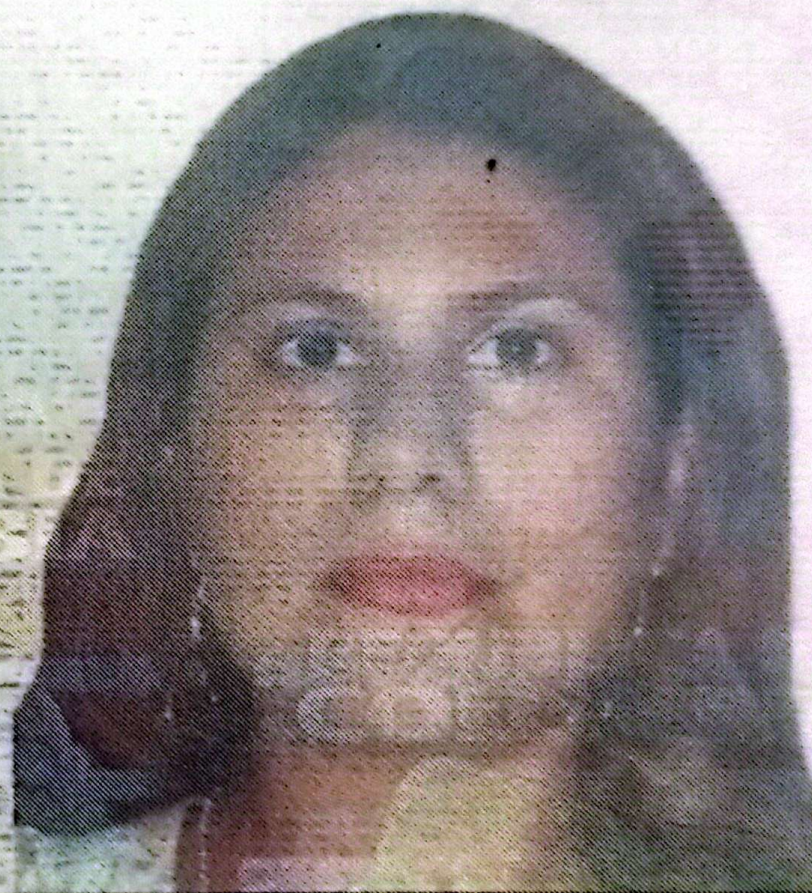
APELLIDOS

VANESSA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

16-ENE-1973

**CALI
(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

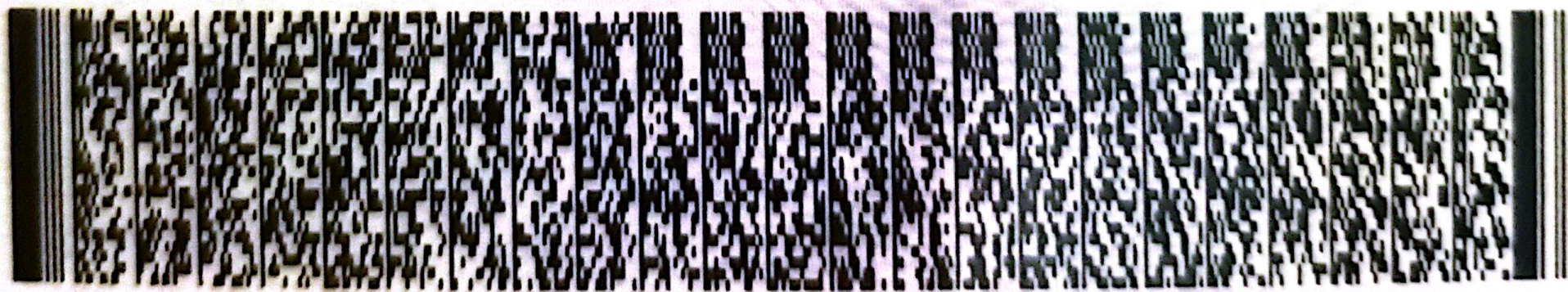
SEXO

28-JUN-1991 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00203449-F-0066855547-20091215

0019096392A 1

1060591645