REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

Radicación:2023108571-019-000
Fecha: 2024-02-02 15:07 Sec.dia816
Anexos: Si

Trámite:.506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc.:105-105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Destinatario:.80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2023108571-019-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 105 105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Expediente : 2023-4941
Demandante : FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES
Demandados : ALLIANZ SEGUROS S.A.
Anexos : E1
Acta de Control de Asistencia y audio

En Bogotá, a los 2 días del mes de febrero de 2024, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, se constituye en audiencia pública para los efectos que establece el numeral 6º del artículo 372 del Código General del Proceso. disponiendo la grabación de lo actuado en los términos del numeral 4º del artículo 107 de la misma codificación, registro que forma parte integral de la presente acta, **Se deja constancia que la grabación de la audiencia atendiendo el principio de publicidad de esta etapa del proceso (Num. 5º Art. 107 de CGP) tendrá la calidad de documento público, y en virtud de ello se advierte a las partes frente al manejo de sus datos personales**.

ACUERDO CONCILIATORIO

PRIMERO: La doctora **LAURA MARIANA OROZCO MENDOZA** apoderada judicial de Allianz Seguros S.A. remitió al correo electrónico fmcastroc@unal.edu.co el formulario SARLAFT y el formato de autorización del pago de indemnización para ser diligenciado por el señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES.** El señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES** reconoce haber recibido el documento en audiencia. **SEGUNDO**: El señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES** remitirá los siguientes documentos a los correos electrónicos lorozco@gha.com.co y notificaciones@gha.com.co y a la dirección Calle 69 N° 4- 48 Edificio Buro 69 Oficina 502 de Bogotá (i) Formulario SARLAFT y el Formato de Autorización de Pago de Indemnización debidamente diligenciados con firma y huella del señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES**; (ii) certificación bancaria de una cuenta activa de titularidad del señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES** que no sea superior a 30 días calendario; (iii) copia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% del señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES** por las dos caras iv) copia del acta de acuerdo conciliatorio **TERCERO:** Allianz Seguros S.A. pagará al señor **FABIAN**

MAURICIO CASTRO CORTES , mediante trasferencia bancaria a la cuenta cuya certificación se allegue, la suma única de siete millones de pesos ($7.000.000). Pago que se realizará a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que se dé cumplimiento al numeral SEGUNDO de este acuerdo por parte del demandante. **CUARTO**: Con el anterior acuerdo las partes manifiestan quedar a paz y salvo por todo concepto derivado de la reclamación realizada por el señor **FABIAN MAURICIO CASTRO CORTES** a Allianz Seguros S.A. y que motivó la presente acción.

AUTO: Visto que las partes ha llegado a un acuerdo sobre las pretensiones objeto de la acción de protección al consumidor del asunto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, RESUELVE: 1) ACEPTAR el acuerdo conciliatorio al que han llegado las partes dentro del proceso número **2023-4941** el cual tiene efectos de cosa juzgada y concilia en su totalidad el conflicto existente entre las partes. 2) DAR POR TERMINADO el proceso de la referencia número 2023-**4941** 3) Por Secretaría, expídanse copias de esta acta con destino y a cargo de las partes haciendo precisión que la primera copia dirigida a cada una de ellas debe tener constancia de ejecutoria para que preste mérito ejecutivo. 4)CUMPLIDAS las obligaciones asumidas por las partes en el presente acuerdo, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes remítase con destino al presente proceso, soporte del cumplimiento de las mismas. 5) Cumplido lo anterior, por Secretaría, ARCHÍVESE el expediente dejando las anotaciones a que haya lugar. La anterior decisión es notificada a las partes en estrados

Esta decisión se notifica a las partes en estrados, las cuales se identifican nuevamente en señal de aceptación del contenido del acta y, no siendo más el motivo de la presente, se termina la diligencia y se firma por el director de audiencia.

En el documento anexo a la presente acta, encontrará la grabación de la audiencia. Recuerde que **puede consultar el expediente completo de su demanda**, a través del sitio web de la Superintendencia Financiera www.superfinanciera.gov.co → menú *Consumidor Financiero → Funciones Jurisdiccionales →* ***Consulta Expediente,*** digitando su número de identificación y el número de radicación de su demanda (número de 10 dígitos), seguido del check "*No soy un robot*".

Finalmente, le reiteramos nuestro correo electrónico institucional jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co y los canales de atención:

- Centro de Contacto telefónico +57 **6013078042** de lunes a viernes 7:30 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.

- WhatsApp +57 **3176398781**

JULIO CESAR BELTRAN CUBILLOS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Copia a:

Elaboró:
JULIO CESAR BELTRAN CUBILLOS
Revisó y aprobó:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.255.913**

CASTRO CORTES

APELLIDOS

FABIAN MAURICIO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1987**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-JUN-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00211084-M-1026255913-20100128 0020375780A 1 1370604652

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Allianz

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:
Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.
Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Bogotá **Fecha:** DÍA 07 | MES 02 | AÑO 2024 **Tipo de trámite:** Vinculación ◉ Actualización ○

Clase de cliente: Tomador ○ Asegurado ◉ Beneficiario ○ Afianzado ○ Apoderado ○

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

Tomador -Asegurado	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Tomador -Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	
Asegurado - Beneficiario	○ Familiar	○ Comercial	○ Laboral	○ Otra	Cuál:	

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Castro	Cortés	Fabián Mauricio

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula ◉ T.I ○ NUIP ○
No 1026255913
Fecha de expedición 22 06 2005
Lugar de expedición Bogotá

Personas Extranjeras: C. Extranjería ○ Pasaporte ○ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ○
No
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

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

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
17 06 1987	Chía (Cund)	Colombiano	Calle 140 N 19-24 APTO 504

Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Bogotá	3017692288	fmcastroc@unal.edu.co	3017692288

Oficio o profesión: Médico — Actividad: Independiente ◉ Dependiente ○

Empresa donde trabaja | Cargo | Teléfono

Dirección comercial | Ciudad

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

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

Actividad económica: Medicina | 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.

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax

Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución

Actividad económica | Código CIIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad

Dirección	Ciudad	Teléfono

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

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

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
—	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○	—	
—	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○	—	
—	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○	—	
—	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○	—	
—	C.C. ○ T.I. ○ C.E. ○ NIT ○ OTRO ○	—	

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

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

Realiza transacciones en moneda extranjera Si ○ No ⊙	Cuál	Indique otras operaciones

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

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

Información sobre reclamaciones en seguros
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

—

Declaraciones y Autorizaciones

1.ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de — ______________________, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.)______________________; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2.TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia-FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ○ No ○

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ○ No ○

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ○ No ○

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

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

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

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

1026255913

Firma del cliente o apoderado

Huella Índice Derecho Cliente

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: ______

150 años
Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?	SI ○ NO ◉	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:
¿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 ◉	

Tomador

Nombre o razón social		Nit /C.C.
Fabián Mauricio Castro Cortés		1026255913
Oficina principal: Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
Calle 140 N 19-24 APTO 504	Bogotá	3017692288

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: *(Solo diligencian 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)	0 6 -	Número de Cuenta (validar según relación)	0 2 0 0 4 4 2 8 8 - - - - - - -	**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: Cheque ○ Efectivo ○ **Tarjeta Allianz:** _____

Diligencia numero 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.

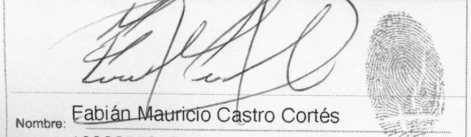
3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

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 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: Fabián Mauricio Castro Cortés
C.C. No. 1026255913

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 Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

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
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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

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

Bogotá D.C. ,07 de Febrero de 2024

Señores
A quien Interese
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente Fabian Mauricio Castro Cortes identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1026255913, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 21 de Noviembre de 2013 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro Nómina	020044288	Activo

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 07 días del mes Febrero de 2024.

Cordialmente

Contact Center

G. HERRERA & ASOCIADOS
10 FEB 2024
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

Itaú CorpBanca Colombia S.A.