



AC(03)

32052201

RECIBO DE INDEMNIZACION GASTOS DE MOVILIZACION



MIN	1	5	MAX

Afectado: **DORA INES LEON GARCIA**
 Siniestro: **62475644**
 Placa: **TLY262**

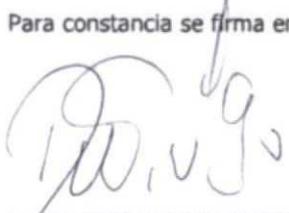


Yo **DORA INES LEON GARCIA**, identificado con C.C. No. **52190017**, como propietario del vehículo de placas **TLY262** por medio del presente documento hago constar que se pacto con la **ALLIANZ SEGUROS S.A.** la suma de **TRES MILLONES DE PESOS (\$ 3000000.00.)**, como indemnización correspondiente a Pagos gastos de movilizacion, ocasionados por el siniestro **62475644** ocurrido el **10/23/2017**, en el cual se vio afectado mi vehículo de placas **TLY262**.

Por lo anterior declaro que he sido indemnizado a entera satisfacción y por lo tanto renuncio y desisto de cualquier acción civil o penal a que pueda tener derecho contra **ALLIANZ SEGUROS S.A.** De igual forma responderé ante terceros que tengan igual o mejor derecho.

Que como consecuencia de lo anterior se declara a PAZ Y SALVO y libre de posteriores reclamos a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los 04 días del mes de Enero de 2018.




DORA INES LEON GARCIA
C.C 52190017



Responsable Compañía
 Martin C Ruiz Martinez



ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL

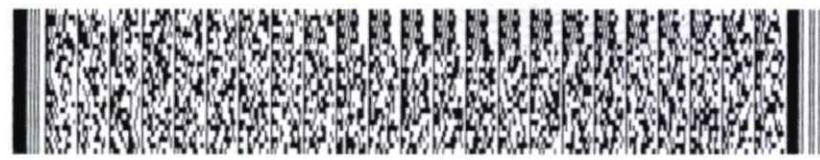


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1973**
PENSILVANIA
 (CALDAS)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 **A+**
 ESTATURA G.S. RH
03-FEB-1993 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00949705-F-0052190017-20171026 0058269501A 1 9901959086

Autorización de Pagos



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%.

Ramo: _____ Póliza: _____ Ciudad: _____ Fecha: día MES AÑO

Vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Indique los vínculos existentes entre tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Familiar Comercial Laboral Otro ¿Cuál? _____

Persona Natural

Primer apellido **LEON** Segundo Apellido **GARCIA** Nombres Completos **DORA INES**

Documento de Identidad Fecha de expedición **03/02/1993** Lugar de expedición **BOGOTA**

Personas Nacionales Cédula T.I. NIT. NUP No. **52190017** Género M F
 Personas Extranjeras C. Extranjería Pasaporte Carné Direc. 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 válido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia.

Fecha de nacimiento **16/05/1973** Lugar de nacimiento **Pensilvania** Nacionalidad 1: **Colombia** Dirección de Residencia **21977H 59A 09 SUR** E-mail **discomjda@hotmail.com**

Ciudad **Bogotá** Teléfono **3112841137** Oficio o profesión **VENTAS** Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja **PAPAS YOKO** Teléfono **5295202** Dirección comercial **Diag CA 6 C 10** Ciudad **SIBATE**

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO
 Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica **TABRICACION Y DISTRIBUCION DE PAPAS** Código CIIU _____
 Ingresos Mensuales (Pesos) **6'000.000** Egresos mensuales (Pesos) **2'000.000**
 Activos (Pesos) **200'000.000** Pasivos (Pesos) **2'000.000**
 Patrimonio (Pesos) _____ Otros Ingresos (Pesos) _____
 Concepto otros ingresos **VENTAS Y TRANSPORTE**

Persona Jurídica

Nombre o razón social _____ Nit. _____
 Oficina principal: Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Fax _____
 Tipo de empresa _____ Sector de la economía _____ Cui _____
 Actividad económica _____ Código CIIU _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres Completos _____
 Tipo de documento _____ N° _____ Fecha de expedición _____ Lugar de expedición _____
 Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad 1: _____ Nacionalidad 2: _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 3% 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	Si Tipo de identificación es "OTRO" diligencie la vinculación del accionista
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			

Descripción de la Actividad económica _____ Código CIIU _____
 Especifique _____
 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	Moneto	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

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo X DORAINES LEON G identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No X 52190012 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de _____, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
PARA PERSONAS JURÍDICAS ANEXAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO.

Código Entidad Financiera (según relación) 007 Número de Cuenta (validar según relación) 20725891197 Tipo de Cuenta Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

Bancolombia:
Cheque Efectivo Tarjeta Allianz: _____

Nota: Para el pago en cheque recuerde que tiene cuarenta y cinco (45) días para reclamarlo.
Si usted es una persona natural recuerde que el monto máximo a pagar en efectivo es de diez millones de pesos (\$10.000.000), si supera este valor la totalidad del pago se hará a través de cheque.
Si usted es una persona jurídica recuerde que la totalidad del pago se hará a través de cheque.

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de X DORAINES LEON 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.): X VENTAS / TRANSPORTES 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., 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 transferencia o 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) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

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.

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.

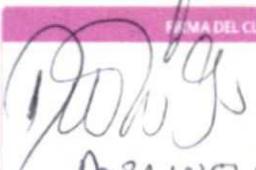
Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co

6. 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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO





Nombre: DORAINES LEON
C.C. No. 52190012

ENTIDAD		CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD		CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
			CORRIENTE	AHORRO				CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	8 dígitos	8 dígitos	8 dígitos	Banco de Bogotá	001	10 dígitos	10 dígitos	10 dígitos
Banco Páez	002	9 a 12 dígitos	9 a 12 dígitos	9 a 12 dígitos	Banco de Occidente	002	9 dígitos	9 dígitos	9 dígitos
Banco de Colombia	006	9 dígitos	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 a 12 dígitos	11 a 12 dígitos	11 a 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	11 dígitos	Banqueo	005	9 a 12 dígitos	9 a 12 dígitos	9 a 12 dígitos
Banco de Crédito del Perú	008	11 dígitos	11 dígitos	11 dígitos	Aviación	002	9 dígitos	9 dígitos	9 dígitos
Financiera y Compañía de Seguros	009	10 dígitos	10 dígitos	10 dígitos	Banco de Páez	004	9 dígitos	9 dígitos	9 dígitos
Financiera y Compañía de Seguros	010	9 a 11 dígitos	9 a 11 dígitos	9 a 11 dígitos	Comercio	001	12 dígitos	12 dígitos	12 dígitos
Financiera y Compañía de Seguros	011	8 dígitos	8 dígitos	8 dígitos	Financiera y Compañía de Seguros	003	12 dígitos	12 dígitos	12 dígitos
Financiera y Compañía de Seguros	012	8 a 12 dígitos	8 a 12 dígitos	8 a 12 dígitos	Financiera y Compañía de Seguros	004	10 dígitos	10 dígitos	10 dígitos
Financiera y Compañía de Seguros	013	8 a 12 dígitos	8 a 12 dígitos	8 a 12 dígitos					
Financiera y Compañía de Seguros	014	8 dígitos	8 dígitos	8 dígitos					

*Para Banco Agrario la red RCH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esta entidad.