

**Solicitud Seguro de Vida Individual - Allianz Vida ActuaAll**

(Para asegurados hasta 69 años de edad) Favor diligenciar con letra legible. Recuerde adjuntar el formato SARLAFT  
 Indexación Ficha de Gestión de la póliza: Código 2252



Allianz Seguros de Vida S.A.

**1. Información Tomador (Diligenciar si es diferente al Asegurado)**

Primer Apellido <b>Rodriguez</b>	Segundo Apellido <b>Giraldo</b>	Nombre Completo <b>Segundo Leonidas</b>	Tipo y No. Documento de Identidad <b>CC 93383289</b>	Género <b>M</b>
-------------------------------------	------------------------------------	--	---	--------------------

**2. Información Asegurado (persona natural)**

C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> No. Documento <b>93383.289</b>	Género <b>M</b>	Estado civil <b>Union libre</b>	No. Hijos <b>3</b>
Primer Apellido <b>Rodriguez</b>	Segundo Apellido <b>Giraldo</b>	Nombre Completo <b>Segundo Leonidas Ortega Tol</b>	Ciudad y Fecha de Nacimiento <b>13 06 1971</b>
Dirección particular <b>AU 1ra # 24-46 Piso 2</b>	Ciudad <b>Ibaguè</b>	Dirección Comercial	Ciudad
Empresa donde trabaja	Actividad económica de la empresa	Correo electrónico	

**3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 100%)**

Tipo Identif.	No. Documento de Identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Partic. Vr. Asegurado	Parentesco
CC	1.110.561.078	Anjelica Tatiana	Rodriguez	Cortès	30	Hija
TI	1.005.814817	Edwin Camilo	Rodriguez	Cortès	35	Hijo
TF	1.106.226.712	Juan Felipe	Rodriguez	Cortès	35	Hijo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT. No. de identificación tributaria. Con derecho a Acrecimiento  SI  NO

**3.1. Beneficiario oneroso (Autorización renovación póliza)**

En caso que se designe un beneficiario oneroso, autorizo a la Compañía para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un periodo no mayor a 12 meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad.

Firma Asegurado \_\_\_\_\_  
 C.C. No. \_\_\_\_\_

**4. Coberturas y valores asegurados**

Coberturas	Valor asegurado (Escriba el valor asegurado a contratar)	Coberturas (Marque la cobertura que desea adquirir)	Valor asegurado Marque (X) para contratar la cobertura	SI (X)
1 Fallecimiento (cobertura obligatoria)	\$ 250'000.000	5 Auxilio por fallecimiento	\$ 7.000.000	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacidad, inutilización o		6 Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente. (Para amas de casa el valor asegurado será de \$20.000)	Ingreso diario mensual (Máximo \$500.000)	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Desmembración por Enfermedad o Accidente	\$ 500'000.000	7 Asistencia Multifamiliar	Coberturas incluidas en el producto	
3 Enfermedades Graves	\$ _____	8 Asistencia de Adulto Mayor	Coberturas incluidas en el producto	
4 Indemnización por Fallecimiento Accidental	\$ _____	9 Asistencia de Bienestar y Salud	Coberturas incluidas en el producto	

Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado	Seleccione la forma de pago de la prima
0% <input type="checkbox"/> 3% <input checked="" type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/>	Anual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>

**5. Datos del Riesgo, información del asegurado**

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: Rentista de capital

¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO  SI  ¿A cuál? \_\_\_\_\_

¿Es piloto de aeroplano y/o practica como profesional \_\_\_\_\_ o aficionado \_\_\_\_\_, ocasional \_\_\_\_\_ o regularmente \_\_\_\_\_ deportes tales como: torero, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes danominados de alto riesgo y/o extremos? NO  SI  Favor aclarar: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO  SI  aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO  SI  aclare \_\_\_\_\_

¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO  SI  aclare motivos: \_\_\_\_\_

¿Existen o han existido demandas o procesos judiciales promovidos en su contra? NO  SI  aclare naturaleza de la demanda, juzgado y causa: \_\_\_\_\_

¿Ha sido investigado por cometer algún delito? NO  SI  en caso afirmativo especifique: \_\_\_\_\_

**6. Información de otros seguros**

¿Tiene algún seguro de vida individual o accidentes personales vigente, diferente a aquellos que respaldan deudas en entidades financieras? NO  SI  nombre compañía Seguros del estado, valor asegurado 300-500-250 fecha expedición 03-2019 / 02-2020 / 02-2020

Mapre, Bolivar

¿Está tramitando otro seguro de vida en la actualidad? NO  SI  nombre Compañía \_\_\_\_\_; ¿Ha rehusado alguna Compañía expedir o rehabilitar su seguro de vida o accidentes? NO  SI  motivo y nombre de la compañía \_\_\_\_\_

**7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado**

Peso (kg) 67 Estatura (cm) 1.75 ¿Fuma? NO  SI  ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ Desde cuando? \_\_\_\_\_  
 ¿Bebe licor? NO  SI , en caso afirmativo, aclare frecuencia Socialmente para novedades y cumpleaños familiares  
 ¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO  SI  ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO  SI  Si su respuesta es NO especifique: \_\_\_\_\_

**MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :**

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma cráneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hernias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
f. ¿Renes y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**En caso de contestar afirmativamente, ampliar información**

Pregunta (Literal)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia ó práctica Día Mes Año	Tratamiento o evolución	Estado actual
n	apendicectomía	2013	cirujía - Normal	sano

**8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones**

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier renuncia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciera de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá elegirla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclama. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SI NO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

**9. Cláusula de Asegurabilidad**

El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

**10. Tratamiento de Datos Personales**

**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 y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita 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 celebre y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a esta 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 atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) 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](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. **DECLARACIÓN:** Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, 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. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,  
 Firma Asegurado    
 No. Documento de identidad: 93383289  
 Firma Tomador    
 No. Documento de identidad: 93383289  
 Se firma la presente solicitud en la ciudad de: Ibagué el día 26 de febrero de 2020

INFORME DEL ASESOR SOBRE EL SOLICITANTE DE SEGURO DE VIDA  
Formulario para ser respondido completamente por el asesor

La información de este documento es de vital importancia para la evaluación del negocio, por lo que solicitamos diligenciarlo en letra clara, en tinta y sin dejar espacios en blanco

Para uso exclusivo Allianz

Nombre solicitante: Segundo Leonidas Rodriguez Giraldo

¿El seguro fue solicitado directamente por el cliente? SI  NO

¿Hace cuanto conoce al solicitante? Al presentar la cotización

¿Bajo que circunstancias lo conoció? Refrendo de una cliente

¿Tiene o ha tenido conocimiento acerca de si el solicitante presenta o ha presentado antecedentes penales, ha estado privado de la libertad alguna vez o si en cualquier tiempo ha tenido vínculos con actividades al margen de la ley? SI  NO . En caso afirmativo aclare y amplie su respuesta:

¿Conoce algún dato del solicitante que afecte el riesgo y/o que no haya sido declarado en la solicitud? SI  NO . En caso afirmativo, explique:

OBSERVACIONES: Buen riesgo moral

Lugar de la entrevista Casa cliente Fecha: Día 25 Mes 02 Año 2020 Hora 4:35 pm

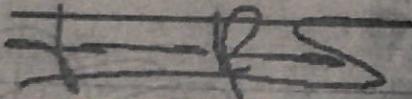
Nombre del asesor Dina Johanna M Clave asesor 1705989 Teléfono de contacto 3185169712

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **93.383.289**  
**RODRIGUEZ GIRALDO**

APELLIDOS  
**SEGUNDO LEONIDAS**

NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1971**

**ORTEGA**  
(TOLIMA)

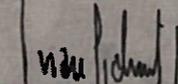
LUGAR DE NACIMIENTO

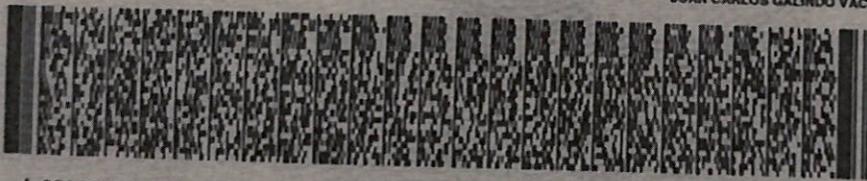
**1.75**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**15-SEP-1989 IBAGUE**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2900100-01015138-M-0093383289-20180618

0061561840A 1

9904622563

# 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:  Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

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

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

## Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Rodriguez	Giraldo	Segundo Leonidas

## 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 <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>	C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/>			
No <input type="text" value="93'383.289"/>	No <input type="text"/>			
Fecha de expedición <input type="text" value="15-09-1989"/>	Lugar de expedición <input type="text" value="Ibagué"/>	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		No <input type="text"/>

Fecha de nacimiento <input type="text" value="13-06-1971"/>	Lugar de nacimiento <input type="text" value="Ortega"/>	Nacionalidad <input type="text" value="Colombiana"/>	Dirección de Residencia <input type="text" value="AU Ira #24-46 Piso 2 S.P. Alejandrino"/>
Ciudad <input type="text" value="Ibagué"/>	Teléfono <input type="text"/>	E-mail <input type="text" value="nubia2409@hotmail.com"/>	Celular <input type="text" value="315 333 1257"/>

Oficio o profesión  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 vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

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

Actividad económica  Código CIU

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 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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 990.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 990.029.182-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

VERSIÓN 24042019

\*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 Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	CC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		

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  Sí  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 Segundo Leonidas Rodriguez, 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. actividad bancaria de capital); 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 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, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

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

(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.  Sí  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 compartir 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.  Sí  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.  Sí  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) 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](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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



Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo): 	Lugar (Específico): <u>casa cliente</u> Fecha: <u>Día 26 Mes 02 Año 2020</u> Hora <u>3:50pm</u> Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: <u>Nini Johanna Rosero</u> Firma: 	Fecha: <u>Día 26 Mes 02 Año 2020</u> Hora <u>3:50 pm</u> Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: <u>Nini Johanna Rosero</u> Firma: 
Nombre/Razón Social: <u>Via Johanna Rosero</u> Clave No./ Cargo del funcionario: <u>2705789</u>	Resultado: <input checked="" type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO	



**Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes**

PRIVADA

**210**

1. Año **2018**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

2114606464820



(415)7707212489984(8020)0002114606464820

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **9 3 3 8 3 2 8 9** 6. DV **2** 7. Primer apellido **RODRIGUEZ** 8. Segundo apellido **GIRALDO** 9. Primer nombre **SEGUNDO** 10. Otros nombres **LEONIDAS** 12. Cod. Dirección seccional **9**

25. Actividad económica **4 1 1 1** Si es una corrección indique: **25.Cód. 27. No. Formulario anterior** 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	483,700,000	Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, capitalizaciones art. 36-3 E.T. y distribución de beneficios de las ECE, art. 893 E.T.	87	0	
	Deudas	30	114,284,000		Ingresos no constitutivos de renta	68	0	
	Total patrimonio líquido	31	369,416,000		Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0	
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art. 103 E.T.)	32	0	Renta por dividendos y participaciones	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0	
	Ingresos no constitutivos de renta, costos y gastos procedentes trabajadores independientes	33	0		2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0	
	Renta líquida	34	0		Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0	
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0		Rentas exentas dividendos recibidos de ECE y/o recibidos del exterior, de la casilla 72	73	0	
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0		Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0	
	Renta líquida cedular de trabajo	37	0		Total rentas líquidas cedulares	75	40,085,000	
					Renta presuntiva	76	12,930,000	
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0	Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	5,200,000	
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0		Costos por ganancias ocasionales	78	200,000	
	Renta líquida	40	0		Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0	
	Rentas exentas de pensiones	41	0		Ganancias ocasionales gravables	80	5,000,000	
	Renta líquida cedular de pensiones	42	0					
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	83,400,000	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	0	
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0		De capital y no laborales	82	2,712,000	
	Costos y gastos procedentes	45	38,862,000		Por dividendos y participaciones año 2016 - casilla 69	83	0	
	Renta líquida	46	44,538,000		Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0	
	Rentas líquidas pasivas de capital - ECE	47	0		Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0	
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	18,227,000		Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	2,712,000	
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	4,453,000		Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0	
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	40,085,000		Total impuesto sobre la renta líquida	88	2,712,000	
	Pérdida líquida del ejercicio	51	0		Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Compensación por pérdidas	52	0			Donaciones	90	0
	Renta líquida cedular de capital	53	40,085,000			Otros	91	0
						Total descuentos tributarios	92	0
	Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54		0	Liquidación privada	Impuesto neto de renta	93
Devoluciones, rebajas y descuentos		55	0	Impuesto de ganancias ocasionales	94		500,000	
Ingresos no constitutivos de renta		56	0	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95		0	
Costos y gastos procedentes		57	0	Total impuesto a cargo	96		3,212,000	
Renta líquida		58	0	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97		1,772,000	
Rentas líquidas pasivas no laborales - ECE		59	0	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98		0	
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales		60	0	Retenciones año gravable a declarar	99		0	
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)		61	0	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100		1,898,000	
Renta líquida ordinaria del ejercicio		62	0	Saldo a pagar por impuesto	101		3,338,000	
Pérdida líquida del ejercicio		63	0	Sanciones	102		0	
Compensaciones		64	0	Total saldo a pagar	103		3,338,000	
Rentas líquidas gravables no laborales		65	0	Total saldo a favor	104		0	
Renta líquida cedular no laboral	66	0						

(415)7707212489984(8020)81287600000933832890400(3900)0000000000(96)20190814

105. No. Identificación signatario **106 DV** 107. No. Identificación dependiente **108. Parentesco**

981. Cód. Representación  Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

10. Pago total \$

982. Cód. Contador  Firma contador 984. Con salvedades

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional **20192764604139**

