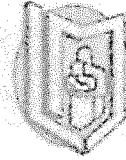


FORMATO DE ANALISIS Y RECLAMACIÓN



ASEGURAMOS LTDA.
Asesores de Seguros Consultores

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA : ALLIANZ COMPAÑÍA DE SEGUROS

No. DE POLIZA : 23005668 CESAR No. DE SINIESTRO : 37816

CIUDAD Y FECHA : MANIZALES, 28 DE JULIO DE 2022

CLASE DE RECLAMACIÓN : INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 100%

AFECTADO (A) : MAIRA LUZ CADENA CADENA C.C 49751742

VALOR DE RECLAMACIÓN: \$ 15.000.000

POR QUE SE DEBE OBJETAR : _____

OBSERVACIONES ANALISIS DE EPICRISIS : _____

Anexos: Carta de solicitud, Copia de poliza , Epicrisis Clínica
Copia de Cedula de Ciudadanía Asegurado.

Atentamente,

LUISA FERNANDA LADINO MEJIA
LIDER DE INDEMNIZACIONES

Valledupar, 16 de junio de 2022

Recibido
30-06-22

SEÑORES:
ASEGUREMOS
CIUDAD
E.S.D.

ASUNTO: RECLAMO SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL

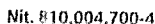
MAIRA LUZ CADENA CADENA, mujer, mayor de edad identificada con la cedula de ciudadanía N° 49.751.742, por medio del presente me permito informarles que fui valorada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena y fui declarada con invalidez por 100% de la perdida de la capacidad laboral.

En razón de todo lo anterior me permito hacer solicitud de reclamo de seguro por invalidez total.

Recibo notificaciones en la Calle 12 N° 4-19 del municipio de Chimichagua-Cesar.
Correo electrónico: mairaluzcadenacadena@yahoo.es, teléfono: 3114143167.

Atentamente,


MAIRA LUZ CADENA CADENA
C.C. N° 49.751.742

☒ AFILIACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ MODIFICACIÓN

00180

[illegible]

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA EL GRUPO ASEGURADO

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de la póliza a la que accede este certificado. Declaro que mi edad y condiciones físicas se encuentran dentro de los parámetros de la póliza matriz, entregada al Tomador, la cual conozco plenamente y que los miembros del grupo familiar cumplen con las condiciones de salud y límites de edad requeridos en el clausulado de esta póliza, que mi actividad y la de mi grupo familiar se desarrolla dentro del marco de la ley, que mi grupo familiar y yo no nos encontramos en servicio activo, ni en ejercicio de funciones como militar, policía, miembros de cuerpos de seguridad, inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o autoridad.

Declaro que ningún miembro del grupo familiar porta armas en ejercicio normal de sus actividades, que a la fecha nos encontramos en buen estado de salud y por lo tanto la actividad física no se encuentra reducida ni padecemos ni nos ha sido diagnosticada ninguna enfermedad mental, cardiovascular, renal, cerebrovascular, pulmonar, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de firma de este certificado; declaro que ninguno de los miembros del grupo asegurado practican deportes peligrosos y no los han tratado médicamente por enfermedades estipuladas en los clausulados de la póliza matriz a la cual accede este certificado.

En desarrollo del artículo 34, ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud y a los médicos y entidades hospitalarias que me han atendido para que suministren a dicha aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. tales documentos aún después de mi fallecimiento.

Igualmente en caso de asegurar a mi cónyuge, hijos y progenitores, declaro que su edad y su estado de salud se encuentran en las condiciones contempladas en el párrafo anterior y autorizo para acceder a las historias clínicas y demás documentos de los asegurados relacionados.

El contrato de seguro está integrado por esta solicitud / certificado; la carátula de la póliza; sus anexos; los certificados que adicionen, modifiquen, suspendan, renueven o revoken las coberturas otorgadas; y por las condiciones generales contenidas en la forma GRU045 Versión 9.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a ALLIANZ SEGUROS S.A. y/o ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ("las Compañías") para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento en el marco del seguro, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y contratos con las Compañías; (ii) Transmisión de mis datos a terceros para el cumplimiento del contrato de seguro; (iii) Control y prevención del fraude; (iv) Consultar y usar la información de bases de datos públicas o privadas, legalmente autorizadas; (v) Con fines de verificación del riesgo crediticio, solicite, procese, verifique y consulte, a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CIFIN; (vi) Fines estadísticos, de consulta, y técnico-actuariales; (vii) Trasferir o transmitir información a terceros con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (viii) Seguridad y/o prueba ante una autoridad, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el titular a la empresa de vigilancia para el ingreso a las instalaciones de las Compañías.

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 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.

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.

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.

Autorizo irrevocablemente para que durante la etapa precontractual y 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, los médicos e instituciones médicas que me hayan brindado atención en servicios de salud, suministren a Allianz Seguros de Vida S.A. la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud aún después de mi fallecimiento.

LOS SIGUIENTES TEXTOS SON INDEPENDIENTES ENTRE SÍ. CON CADA REGISTRO USTED OTORGA O NO, UNA AUTORIZACIÓN EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES:

1. Autorizo a las Compañías para que con mis datos efectúe la promoción de programas de beneficios, realice la oferta de productos o servicios de las Compañías, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, entre otros y/o comparta mis datos con terceros vinculados o con los que tengan o llegare a tener algún tipo de relación comercial.
Si ☐ No ☒
2. Autorizo a las Compañías para que comparta mis datos con terceros que efectúen o apoyen su gestión de cobranza. Si ☐ No ☒
3. Autorizo a las Compañías para que permitan el tratamiento de mis datos personales a sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas. Si ☐ No ☒
4. Autorizo a las Compañías, para que con fines estadísticos y/o de reporte histórico de comportamiento comercial, 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 DATACREDITO y CIFIN, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías. Si ☐ No ☒

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 9 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

SOLICITUD / CERTIFICADO

00180

Para constancia se firma en la ciudad de Chimichagua
el día 26 del mes de Julio del año 2014



1. Firma del Asegurado Principal:

Maria L. C. L.
Cc 49.751742

Autorización de pagos

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 ☒

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒

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

Tomador

Nombre o razón social: FUNDACIÓN SOCIAL L.M. ASEGURAMOS EDUCADORES Y TRABAJADORES DE COLOMBIA Nit./C.C. 900.411.481-8

Oficina principal: Dirección Carrera 23 # 25-61 Ed. Don Pedro - Piso 11 Ciudad MANIZALES - CALDAS Teléfono 8845769

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O BENEFICIARIO:

Primer apellido: Cadena Segundo Apellido: Cadena Nombres Completos: Maira Luz

Tipo de documento: C.C. N° 49.751.742 Dirección: Calle 12 N° 4-19 Barrio San José

Ciudad: Chimichagua Teléfono: 3114143167

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, Maira Luz Cadena, identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 49.751.742, 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 37P, 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:

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) [] Número de Cuenta (validar según relación) 0-241-60-09918-2 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.

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 AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: ☐ Tarjeta Allianz: ☐

Cheque ☐ Efectivo ☐

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. **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.

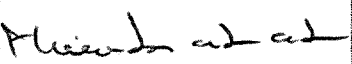
3. **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

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: 018000513500 - 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: Maira Luz Cadena

C.C. No. 49.751.742



ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Cooameva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco CNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Isabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

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



Banco Agrario de Colombia

El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: CADENA CADENA MAIRA LUZ, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 49751742 de CHIMICHAGUA, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 0-241-60-09918-2, fecha de apertura: 07/09/2002.

Se expide en CHIMICHAGUA, a los veinte y ocho (28) días del mes de junio de 2022, con destino a: A QUIEN INTERESE


DIRECTOR (A) OFICINA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **49.751.742**

CADENA CADENA

APELLIDOS

MAIRA LUZ

NOMBRES

Maira Luz Cadena

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

08-ABR-1970

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

06-DIC-1988 CHIMICHAGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1230000-00264855-F-0049751742-20101111

0024756469A 1

34213917