

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%.

Ciudad: Neiva

Fecha: DÍA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Persona Natural

Primer apellido Martinez Segundo Apellido Cruz Nombres Completos Jose Santos

Documento de Identidad Fecha de expedición Lugar de expedición

Personas Nacionales Cédula T.I. NIT. NUIP No 13441730
 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 válido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:

Fecha de nacimiento 29/01/1958 Lugar de nacimiento Neiva Nacionalidad Colombiana Dirección de Residencia CR 3+ 11-08 local
 Ciudad Neiva Teléfono 3203832976 E-mail santogracianeiva@gmail.com Celular 3203832976
 Oficio o profesión Independiente Actividad: Independiente Dependiente

Empresa donde trabaja Cargo Teléfono
 Fax 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

NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bo. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *

Actividad económica Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) 700.000 Egresos mensuales (Pesos) 500.000
 Activos (Pesos) 2000.000 Pasivos (Pesos) 300.000
 Patrimonio (Pesos) 1700.000 Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos servicios de tipografía

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 Cesar Iván Fuentes Gonzalez Nit. 74302434
 Oficina principal: Dirección Nov CENTRO EMPRESARIAL (G)IGA Ciudad CATICA-CUNDINAMARCA Teléfono 312.3420803 Fax
 Sucursal o agencia: Dirección Oficina 629 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 Fuentes Segundo Apellido Gonzalez Nombres Completos CESAR IVAN
 Tipo de documento CC N° 74302434 Fecha de expedición 06-11-1998 Lugar de expedición SANTA ROSA DE UTIELBO - Boyaca
 Fecha de nacimiento 18-07-1980 Lugar de nacimiento PERO - Boyaca Nacionalidad Colombiano
 Dirección CALLE 3ª DE #5-A-30 Ciudad CATICA CUNDINAMARCA Teléfono 3123420803

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. <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 CIU
 Especifique

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.192-5 DE COLOMBIA VIGILADO

VERSIÓN 01/03/2013

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y 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 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) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

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 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. 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.

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.

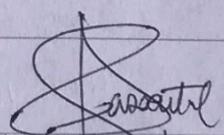
5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):

Nombre/Razón Social:
Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:

Nombre: Jose Santos Montoya Cruz
C.C. No. 13 421 730



CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)

Lugar (Especifique): _____
Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____
Observaciones _____
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:
Resultado: APROBADO RECHAZADO

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____
Observaciones _____
Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Firma:

Nombre: _____
Firma: _____
Fecha: _____

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%.

Ciudad: CHIA

Fecha: 17 08 2021

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Persona Natural

Primer apellido <u>FUENTES</u>	Segundo Apellido <u>GONZALEZ</u>	Nombres Completos <u>CECIB LUAN</u>
Documento de Identidad		Lugar de expedición <u>SANTA ROSA DE UTERBO</u>
Fecha de expedición <u>06-11-1998</u>		

Personas Nacionales Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No <u>71.302.434</u>	Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Camé Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> 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 cuál ingresó a Colombia. No <input type="text"/>
---	---	---

Fecha de nacimiento <u>18-09-1980</u>	Lugar de nacimiento <u>TACO BOGOTA</u>	Nacionalidad <u>Colombiano</u>	Dirección de Residencia <u>Calle 25 # 5A-30</u>
Ciudad <u>CHIA Cundinamarca</u>	Teléfono <u>312.342.0803</u>	E-mail <u>abogado de victimas 2020@6max.com</u>	Celular <input type="text"/>
Oficio o profesión <u>Abogado</u>	Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Empresa donde trabaja <input type="text"/> Cargo <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>	
Fax <input type="text"/>	Dirección comercial <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	

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

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

NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bo. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *

Actividad económica <input type="text"/>	Código CIU <input type="text"/>
Ingresos Mensuales (Pesos) <input type="text"/>	Egresos mensuales (Pesos) <input type="text"/>
Activos (Pesos) <input type="text"/>	Pasivos (Pesos) <input type="text"/>
Patrimonio (Pesos) <input type="text"/>	Otros Ingresos (Pesos) <input type="text"/>
Concepto otros ingresos <input type="text"/>	

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Nombres Completos <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Fecha de expedición <input type="text"/>
Lugar de expedición <input type="text"/>		

Persona Jurídica

Nombre o razón social <input type="text"/>	Nit. <input type="text"/>
Oficina principal: Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Sucursal o agencia: Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Tipo de empresa <input type="text"/>	Sector de la economía <input type="text"/>
Cuál <input type="text"/>	Fecha de Constitución <input type="text"/>
Actividad económica <input type="text"/>	Código CIU <input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido <input type="text"/>	Segundo Apellido <input type="text"/>	Nombres Completos <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Fecha de expedición <input type="text"/>
Lugar de expedición <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento <input type="text"/>	Lugar de nacimiento <input type="text"/>	Nacionalidad <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

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
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Descripción de la Actividad económica Código CIU

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.077.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.102-5 DE COLOMBIA VIGILADO

VERSIÓN 01/05/2013

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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

Relación 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., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y 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, la autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de 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) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios, incluidas las autoridades de otros países.

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 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. 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.

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.

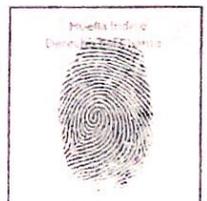
5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociales.

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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):
 Nombre/Razón Social:
 Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:
 Nombre: César Iván Turrub
 C.C. No. 174.307.434



CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)
Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:	Nombre: Firma: Fecha:

Autorización de pagos

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 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 _____ Nit. /C.C. _____
 Oficina principal: Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido **Martinez** Segundo Apellido **Cruz** Nombres Completos **Jose Santos**
 Tipo de documento **CC** N° **13** Dirección **Lp 3+11-08 Local 2**
 Ciudad **Neiva** Teléfono **3203832976**

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 _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ 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 cedula 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 el.

Código Entidad Financiera (según relación) _____ Número de Cuenta (validar según relación) _____ 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 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 AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO 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: **Jose Santos Martinez**
 C.C. No. **13 441 730**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AMORRO
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
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AMORRO
Scotiabank Colpatna	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
Davivenda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Comeva	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.

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

VIGILADO

VERSIÓN 171219-1