



11 SEP 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

RECIBIDO



Superfinanciera

Radicación: 2024018512-031-000

Fecha: 2024-09-10 19:05 Sec.día5330

Anexos: Sí

Trámite::506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc::105-105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Destinatario::80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

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

Número de Radicación : 2024018512-031-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 105 105 AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
Expediente : 2024-2046
Demandante : KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA
Demandados : ALLIANZ SEGUROS S.A.
Anexos : E2
Acta de Control de Asistencia y audio

En Bogotá, a los 10 días de septiembre de 2024, en fecha y hora señalada mediante auto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales se constituye en audiencia pública conforme lo dispuesto en el artículo 392 del Código General del Proceso, disponiendo la grabación de lo actuado acorde con lo dispuesto en el numeral 4º del artículo 107 de la codificación procesal en cita, registro que forma parte integral de la presente acta. Se deja constancia que la grabación de la audiencia atendiendo el principio de publicidad de esta etapa del proceso (Num. 5º Art. 107 de CGP) tendrá la calidad de documento público, y en virtud de ello se advierte a las partes frente al manejo de sus datos personales.

Comparece la parte demandante, la demandada con su apoderada judicial en sustitución, a través del medio virtual disponible, tal y como consta en el registro de grabación.

ACUERDO CONCILIATORIO

PRIMERO: ALLIANZ SEGUROS S.A. pagará con cargo a la Póliza de Seguro de Automóviles Individual Livianos Particulares No. 023242546 / 0 y a favor del demandante, **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, la suma única de **DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000)**, a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes al cumplimiento del numeral **TERCERO** del presente acuerdo, a la cuenta cuya certificación se allegue. **SEGUNDO: ALLIANZ SEGUROS S.A** remitirá a más tardar el día de hoy, 10 de septiembre de 2024, al correo electrónico kevinbuenoe@hotmail.com los formularios requeridos. La parte actora manifiesta haber recibido los documentos en audiencia. **TERCERO:** El demandante, **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, remitirá a más tardar el día 11 de septiembre de 2024 a los correos electrónicos notificaciones@gha.com.co y avalencia@gha.com.co los siguientes documentos para su verificación: (i)



Formulario SARLAFT debidamente diligenciado y suscrito por **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, (ii) Formato de autorización pago indemnización debidamente diligenciado y suscrito por **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, (iii) Copia de la cédula de ciudadanía de **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA** por ambas caras, (iv) Certificación bancaria de una cuenta de titularidad de **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, que no sea superior a treinta (30) días calendario, (v) Copia de la presente acta de conciliación. Una vez **ALLIANZ SEGUROS S.A.** haya dado su visto bueno a los documentos enviados a los correos electrónicos indicados, los mismos deberá ser enviados en físico a las oficinas de G Herrera Abogados y Asociados en la Av. 6 A Bis No. 35 N - 100 Ofc. 212, Centro Empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y, a partir del recibo de los mismos, se contabilizará el término a que se refiere el numeral **PRIMERO** anterior. **CUARTO:** Con el anterior acuerdo, las partes manifiestan quedar a paz y a salvo por todo concepto derivado de la reclamación realizada por **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA**, que motivó la presente acción de protección al consumidor con número de expediente **2024-2046**, así como cualquier controversia relacionada con Póliza de Seguro de Automóviles Individual Livianos Particulares No. 023242546 / 0.

AUTO

Visto que las partes han llegado a un acuerdo total sobre las pretensiones objeto de la acción de protección al consumidor del asunto, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales,

RESUELVE

1) ACEPTAR el acuerdo conciliatorio al que han llegado **KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA** con **ALLIANZ SEGUROS S.A.** dentro del proceso No. **2024-2046**, el cual tiene efectos de cosa juzgada y concilia en su totalidad el conflicto existente entre las partes. **2) DAR POR TERMINADO** el proceso de la referencia No. **2024-2046**. **3)** Por Secretaría, expídanse copias de esta acta con destino y a cargo de las partes y sus apoderados, haciendo precisión que estas deben tener constancia de ejecutoria para que preste mérito ejecutivo. **4)** En este sentido, **CUMPLIDAS** las obligaciones asumidas por las partes en el presente acuerdo, dentro de los DIEZ (10) días hábiles siguientes remítase con destino al presente proceso soporte del cumplimiento de las mismas. **5)** Cumplido lo anterior, por Secretaría ARCHÍVESE el expediente dejando las anotaciones a que haya lugar.

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

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

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

- Centro de Contacto telefónico +57 **6013078042** de lunes a viernes 7:30 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua.
- WhatsApp +57 **3176398781**



STC STC STC STC STC
STC STC STC STC STC STC
PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA
STC STC STC STC STC

PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA

ASESOR

80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

Elaboró:

PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA

Revisó y aprobó:

PEDRO MIGUEL QUINTERO TRIANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.144.099.287**

BUENO ESPITIA

APELLIDOS

KEVIN ANDRES

NOMBRES

Kevin Andres Bueno E

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE GENERICO

09-NOV-1997

CIUDAD DE SACRAMENTO
BUGA
(VALLE)

USADP DE SACRAMENTO
1.73

O+

M

ESTADURA

G.S. RH

SENO

19-NOV-2015 CALI

FECHA Y LUGAR DE EMISION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JOSE CARLOS GARCIA VACA



P-3100100-00777008-N 1184099287-20150216

000774062A.1

40299030

Bogotá D.C., 10 de septiembre de 2024

Señores
SEGUROS ALLIANZ
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente KEVIN ANDRES BUENO ESPITIA identificado con CC N° 1144099287, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 17-06-2022 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Ahorros	315174001	Activo	17/06/2022

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 10 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Servicio

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:

DIA	MES	AÑO
11	09	2024

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

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

Tomador - Asegurado	<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"/>

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

Persona Natural					
Primer apellido	Bueno	Segundo Apellido	Espitia	Nombres Completos Kevin Andrø	
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"/>		
No	1144099287		No <input type="text"/>		
Fecha de expedición	19/11/2015		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Lugar de expedición	CALI		No <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia		
09/11/1997	BUGA	COLOMBIANO	CRA 3 OESTE # 2 -14 APT 303		
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular		
CALI	3154334556	kevinbuenoe@hotmail.com	3154334556		
Oficio o profesión	MEDICO		Actividad:	Independiente <input type="radio"/>	Dependiente <input checked="" type="radio"/>
Empresa donde trabaja	FUND VALLE LILI	Cargo	MEDICO ASISTENCIA	Teléfono	602 331 9090
Dirección comercial	CRA 98 # 18 -49			Ciudad CALI	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>			Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:		
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Actividad económica	ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA			Código CIU 8621	
Ingresos Mensuales (Pesos)	8500000		Egresos mensuales(Pesos) 4000000		
Activos (Pesos)	110000000		Pasivos (Pesos) 60000000		
Patrimonio (Pesos)	50000000		Otros Ingresos (Pesos)		
Concepto otros ingresos					
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):					
Primer apellido	Segundo Apellido		Nombres Completos		
Tipo de documento	Nº	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	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Dirección	Ciudad		Teléfono		

Nombre/Razón Social: Cleave No./Cargo del Funcionario:		Resultado: APROBADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>
Firma: Nombre de la persona que la realiza y cargo:		Firma: Nombre de la persona que la realiza y cargo:
Observaciones: Fecha: Día Mes Año Hora		Observaciones: Hora Mes Año

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN **CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA** **VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

6. **DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es limitada y verifiable y me obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio amerite.

5. **ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el detalle de las condiciones para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

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 y precios y la forma para 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.

Kevin Bueno Espitia

(i) Realizar la evaluación de la sociedad de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de la información con relación al contrato de seguro que celebren y 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, aseguradores, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicios y cualquier otro que sea necesario para el cumplimiento de las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude.

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 podrá eventualmente llegar a transferir o transmitir a terceros la información que usted suministra, para el desarrollo de sus actividades.

2. **TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 1712 de 2014, a que realicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crédito o comercial a los operadores de bancos de inversión, compañías de seguros y otras entidades financieras, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte de comportamiento comercial, social, patrimonial, profesional, académico, ocupacional, actividad, ingreso, patrimonio, gastos, deudas, entre otros, realicen las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes:

1. **ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obran en nombre propio o en representación de Kevin Andrés Bueno Espitia de manera voluntaria y afirmado que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes:

Declaraciones y Autorizaciones

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)

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
Información sobre reclamaciones en seguros Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años				

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						

Realiza transacciones en moneda extranjera SI NO CUAL
 Indique otras operaciones

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación	Ingresos Mensuales (Pesos)		Activos (Pesos)		Patrimonio (Pesos)		Concepto otros ingresos	
				Egresos mensuales (Pesos)	Pasivos (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)	Concepto otros ingresos				
C.C.	T.L.	C.E.	NIT	OTRO	<input type="checkbox"/>						
C.C.	T.L.	C.E.	NIT	OTRO	<input type="checkbox"/>						
C.C.	T.L.	C.E.	NIT	OTRO	<input type="checkbox"/>						
C.C.	T.L.	C.E.	NIT	OTRO	<input type="checkbox"/>						
C.C.	T.L.	C.E.	NIT	OTRO	<input type="checkbox"/>						

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)

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

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? SI NO

¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? SI NO

¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? SI NO

¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO

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

Tomador

Nombre o razón social **Kevin Andrés Bueno Espitia** Nit. /C.C. **1144099287**

Oficina principal: Dirección **CRA 3 OESTE # 2-14** Ciudad **CALI** Teléfono **3154334556**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)

Primer apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres Completos _____

Tipo de documento _____ N° _____ Dirección _____

Ciudad _____ Teléfono _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
 Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación) **06** Número de Cuenta (validar según relación) **315174001** Tipo de Cuenta Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.
PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:

Cheque Efectivo *Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)*

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI ERAS UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI ERAS UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

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

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

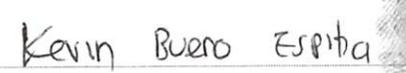
3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO



Nombre: **Kevin Andrés Bueno Espitia**

C.C. No. **1144099287**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	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
Davienvia	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Cooemva	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 DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5

VERSIÓN 310124-1