

¿Por su cargo o actividad maneja seguros públicos? SI NO
 ¿Por su actividad o oficio, para fines de reconocimiento público general? SI NO
 ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO
 ¿Está afiliado a un ente de la ley y una persona con poder delegado? SI NO

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

Seleccionar SI o NO y especificar respuestas SI

Tomador

Nombre o razón social: **Nombre del asegurado (Persona o empresa asegurada)** INE/JCC
 Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: Solo diligenciar las personas jurídicas

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres completos: _____
 Tipo de documento: N° _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Teléfono: _____

El diligenciamiento del presente formulario 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.

Nombre: _____ Cédula: _____
 ¿Quién autoriza a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que deba la compañía asegurada por concepto de indemnización? Indemnización / en moneda nacional que más adelante relaciono, o autorizo el pago alternativo a cedula de ciudadanía/cedulante y Nat. No. _____ para hacerse consignar en la cuenta bancaria que se indica a continuación:
 Cedula de ciudadanía/cedulante y Nat. No. _____ nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____

Código Entidad Financiera (según relación): _____ Número de Cuenta (validar según relación): _____ Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros
 En caso de inscripción de su cuenta corriente bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte (20) afonos 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 RECALDO LA PRIMA.

Banco/entidad: Cheque Dinero Tarjeta Allianz

Diligenciar número y tipo de cuenta o seleccionar pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

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, FASECOLD, 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, es decir, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de mí o (s) y/o de mis seres queridos, tienen carácter obligatorio.

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 logra formular una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los bases 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 entregué 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 o a la información suministrada por el beneficiario del pago en el presente formulario.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formulario 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 ejercer los derechos de estas maneras 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 (paf) Carrera electrónica: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con la anterior, firma

FRMA DEL CUENLE O TERCERO

Firmar con huella

Nombre: *Estomir C...*
 C.C. No.: *930861524*

Códigos de banco

BANCO	CÓDIGO	VALIDACIÓN DE LA CUENTA		BANCO	CÓDIGO	VALIDACIÓN DE LA CUENTA	
		COMBITR	AMBITR			COMBITR	AMBITR
Banco de Bogotá	001	8 dígitos	10 dígitos	Banco de Occidente	002	10 dígitos	12 dígitos
Banco Popular	002	7 o 12 dígitos	10 o 12 dígitos	Banco de Santander	003	9 dígitos	10 dígitos
Banco Italo	006	9 dígitos	10 dígitos	Banco Cajas de Ahorro	004	11 o 12 dígitos	12 o 13 dígitos
Banco de la Esclusa	007	11 dígitos	11 dígitos	Av. 21 de Agosto	005	10 dígitos	10 dígitos
Banco de Occidente	008	10 dígitos	10 dígitos	Banco de los Andes	006	9 dígitos	9 dígitos
Banco de Santander	009	10 dígitos	10 dígitos	Capital	007	10 dígitos	10 dígitos
Banco de los Andes	010	10 dígitos	10 dígitos	Capital	008	10 dígitos	10 dígitos
Banco de Occidente	011	10 dígitos	10 dígitos	Capital	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco de Occidente	012	10 dígitos	10 dígitos	Capital	010	10 dígitos	10 dígitos
Banco de Occidente	013	10 dígitos	10 dígitos	Capital	011	10 dígitos	10 dígitos
Banco de Occidente	014	10 dígitos	10 dígitos	Capital	012	10 dígitos	10 dígitos

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA 2023-03-14	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO MES DÍA 2023-03-17	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO MES DÍA 2024-03-16
--	---	--



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

No. DE PÓLIZA 15651500338670	PLACA No. IAM303	CLASE VEHICULO AUTOMOVILES FAMILIAR	SERVICIO PARTICULAR	CILINDRAJE/VA 1598	MODELO 2015
---------------------------------	---------------------	--	------------------------	-----------------------	----------------

PASAJEROS 5	MARCA RENAULT	CARROCERIA HATCH BACK
LÍNEA VEHICUL SANDERO EXPRESSION		

No. MOTOR F710Q176160	No. CHASIS ó No. SERIE 9FBBSRADD6M678233	No. VIN 9FBBSRADD6M678233	CAPACIDAD TON 0.00
--------------------------	---	------------------------------	-----------------------

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR VALENCIA GALLEGO, GLORIA ELENA	TELÉFONO DEL TOMADOR 3242840951	TIPO DE DOCUMENTO DEL CC	No. DE DOCUMENTO DEL 43086152	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR ITAGUI
---	------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

CÓDIGO DE ASEGURADORA AT1329	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA 10	CLAVE PRODUCTOR 4013	No. FORMULARIO 0	CIUDAD EXPEDICIÓN BOGOTA D.C
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------	---------------------------------

TARIF 521	PRIMA SOAT \$ 328700	CONTRIBUCIÓN CEEVA \$ 170900	TASA RUNT \$ 2100	AMPAROS POR VÍCTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	HASTA 800* 180 750 10*	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
TOTAL A PAGAR \$ 501700						

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VÍCTIMA*	CUANTÍAS	VALOR \$
Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios Tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920	263,13 UVT	\$ 11.159.870
Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios Tarifas 130, 211, 212, 221, 222, 231, 232, 310, 320, 330, 410, 420, 430, 511, 512, 521, 522, 531, 532, 611, 612, 621, 622	701,68 UVT	\$ 29.759.652
Gastos de transporte y movilización a la Institución prestadora de servicios de salud	8,77 UVT	\$ 371.953

Los valores de amparos por víctima se aplicarán acorde a la fecha de expedición de la póliza según normatividad vigente a esa fecha

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 863 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.

b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, modificaciones y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgo.

c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la póliza de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.

d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurodelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:

- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional
- Sitio web: A través de las páginas www.segurodelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com
- Contactarnos, Correo electrónico: info@segurodelestado.com

Bogotá, _____

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Ciudad

Asunto: Autorización de descuento
Póliza:
Siniestro:

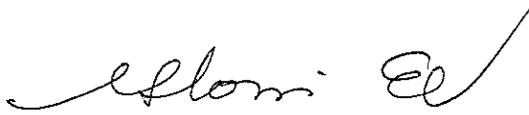
Yo, Gloria E. Valencia en mi calidad de representante legal de la Compañía ALLIANZ Seguros S.A. identificada con el Nit No. _____, autorizo a Allianz Seguros S.A. a Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A. y/o a Sett Brokers S.A.S, para que en mi nombre realice los trámites y pagos correspondientes a la gestión de cancelación de matrícula y/o traspaso del vehículo de placas IAH 303

- Certificado de tradición,
- Derechos de tránsito,
- Impuestos,
- Comparendos,
- SOAT,
- Multas

Así mismo, autorizo a Allianz Seguros S.A. a descontar del valor de la indemnización, el valor de los gastos en que se incurra en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula. De igual manera a que sea consignada la diferencia a mi favor (en caso de presentarse) a mi cuenta bancaria.

*Manifiesto (i) que recibí por parte de Allianz Seguros S.A., de Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o de Sett Brokers S.A.S, toda la información correspondiente al trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula (tiempo promedio, costos, etc.) y (ii) que Allianz Seguros S.A., la Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o Sett Brokers S.A.S, no tienen ninguna responsabilidad por las demoras que se presenten en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula salvo que dichas demoras le sean imputables, es decir, no tiene ninguna responsabilidad por las demoras que sean consecuencia propia del trámite ante las autoridades respectivas.

Atentamente,


C.C. No. 43086152 M.



HUELLA

Bogotá, _____

Señores
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Ciudad

Asunto: Autorización de descuento
Póliza:
Siniestro:

Yo, Gloria E. Valencia identificado como aparece al pie de mi firma autorizo a Allianz Seguros S.A, Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A., y/o Sett Brokers S.A.S, para que en mi nombre realice los trámites y pagos correspondientes a la gestión de Cancelación de matrícula y/o traspaso del vehículo de placas IAM 303

- Certificado de tradición,
- Derechos de tránsito,
- Impuestos,
- Comparendos,
- SOAT,
- Multas

Así mismo, autorizo a Allianz Seguros S.A. a descontar del valor de la indemnización, el valor de los gastos en que se incurra en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula. De igual manera a que sea consignada la diferencia a mi favor (en caso de presentarse) a mi cuenta bancaria.

*Manifiesto (i) que recibí por parte de Allianz Seguros S.A., de Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o de Sett Brokers S.A.S, toda la información correspondiente al trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula (tiempo promedio, costos, etc.) y (ii) que Allianz Seguros S.A., la Compañía Colombiana de Servicio Automotriz S.A.- Colserauto S.A y/o Sett Brokers S.A.S, no tienen ninguna responsabilidad por las demoras que se presenten en el trámite de traspaso y/o cancelación de matrícula salvo que dichas demoras le sean imputables, es decir, no tiene ninguna responsabilidad por las demoras que sean consecuencia propia del trámite ante las autoridades respectivas.

Atentamente,

Gloria E. Valencia
C.C. No. 43086152



HUELLA

Autorización de pagos

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO X
 Por su actividad u. oficina, goza usted de reconocimiento público general? SI NO X
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO X
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente: SI NO X

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

Tomador

Nombre o razón social: **GLORIA ELENA VALENCIA GALLEGO** Nit./C.C.: **43086152**
 Oficina principal: Dirección: **CR 53 #13 A 51** Ciudad: **MEDELLIN** Teléfono: **3167201017**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: **Valencia** Segundo Apellido: **Gallego** Nombres Completos: **GLORIA ELENA**
 Tipo de documento: **C.C.** N°: **43086152** Dirección: **CALLETA 53 #13 A 51**
 Ciudad: **MEDELLIN** Teléfono: **3167201017**

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, **GLORIA E. VALENCIA** identifico(a) en copia de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **43086152** 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 **BOBO** en mi cuenta bancaria que mas adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **GLORIA VALENCIA** identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **43086152** con nacionalidad 1 **COLOMBIA** nacionalidad 2 **COLOMBIA** 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 girarlo a el.

Código Entidad Financiera (según relación): Número de Cuenta (validar según relación): **60949765892** 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: **GLORIA E. VALENCIA**
 C.C. No. **43086152**

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 o 12 dígitos
Banco Popular	002	9 o 12 dígitos	9 o 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 o 12 dígitos	11 o 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	DaviVivienda	051	9 o 12 dígitos	9 o 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Ortibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 o 15 dígitos	9 o 15 dígitos	Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 o 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Canadense BÉVIA	013	9, 12, 14 o 16 dígitos	9, 10, 12, 14 o 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.