

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: **SOYANOSO**

Fecha: **17 10 2020**

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	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☒ Otra	Cuál: EL MISMO
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☒ Otra	Cuál: EL MISMO
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☒ Otra	Cuál: EL MISMO

Persona Natural

Primer apellido: **BARON** Segundo apellido: **GRANADOS** Nombres Completos: **MAURICIO**

Documento de Identidad

Personas Nacionales: Cédula ☒ T.I.O. ☐ NUIP ☐ No **74.362.971**
Personas Extranjeras: C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐ No **[]**

Fecha de expedición: **21.06.2000** No **[]**
Lugar de expedición: **BOGOTÁ** Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

Fecha de nacimiento: **12 FEB 1982** Lugar de nacimiento: **SOYANOSO** Nacionalidad: **COL** Dirección de Residencia: **CALLE 152 B # 73 B-51 APT 903 TORRE 1**
Ciudad: **BOGOTÁ** Teléfono: **3108511645** E-mail: **mauriciobaron7@gmail.com** Celular: **3108511645**

Oficio o profesión: **ABOGADO** Actividad: Independiente ☐ Dependiente ☒

Empresa donde trabaja: **SECRETARIA DISTRITAL MOVILIDAD** Cargo: **DIRECTOR PROCESA** Teléfono: **[]**

Dirección comercial: **BOGOTÁ** Ciudad: **BOGOTÁ**

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

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 públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

Actividad económica: **EMPLEADO** Código CIU: **0010**

Ingresos Mensuales (Pesos): **13'000.000** Egresos mensuales (Pesos): **6.000.000**

Activos (Pesos): **800'000.000** Pasivos (Pesos): **250'000.000**

Patrimonio (Pesos): **550'000.000** Otros ingresos (Pesos): **[]**

Concepto otros ingresos: **N/A**

INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido: **[]** Segundo apellido: **[]** Nombres Completos: **[]**
Tipo de documento: **[]** N°: **[]** Fecha de expedición: **[]** Lugar de expedición: **[]**

Persona Jurídica

Nombre o razón social: **[]** Nit: **[]**

Oficina principal: Dirección: **[]** Ciudad: **[]** Teléfono: **[]** Fax: **[]**

Sucursal o agencia: Dirección: **[]** Ciudad: **[]** Teléfono: **[]** Fax: **[]**

Tipo de empresa: **[]** Sector de la economía: **[]** Cui: **[]** Fecha de Constitución: **[]**

Actividad económica: **[]** Código CIU: **[]**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido: **[]** Segundo apellido: **[]** Nombres Completos: **[]**
Tipo de documento: **[]** N°: **[]** Fecha de expedición: **[]** Lugar de expedición: **[]**

Dirección: **[]** Ciudad: **[]** Teléfono: **[]**

*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). Si el socio o accionista es una sociedad que cotiza en bolsa de valores y la constancia de cotización en Bolsa de valores, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación en la sociedad (en adelante, "Beneficiario Final")

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

Ingresos Mensuales (Pesos) _____
 Activos (Pesos) _____
 Patrimonio (Pesos) _____
 Concepto otros ingresos _____

Egresos mensuales (Pesos) _____
 Pasivos (Pesos) _____
 Otros Ingresos (Pesos) _____

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera Si ☐ No ☒ Cuál _____

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☒ Cuál _____

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Fecha

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas a indemnizaciones recibidas sobre los últimos 12 meses.

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada):

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Otrando en nombre propio o en representación de _____, demando a la compañía que todo lo que se declare en este formulario sea veraz y cierto. (1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provengan de fuentes legales (salarios, pensiones, ahorros, etc.). (2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con la compañía, no se destinarán a la financiación del total o parcial de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; (3) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; (4) Que me obligo para con las Compañías a mantener actualizada la información que me solicitan, en todo momento, 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 establezcan las compañías, incluida la información de participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o responsable, a que realicen el historial de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información de datos o centrales de información autorizadas por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASESCOLDA, a INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus disposiciones reglamentarias y complementarias, me informo que la información que me solicita, que he suministrado y que he autorizado a la compañía a utilizar, es veraz y cierta, y que la compañía podrá utilizarla para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con los asegurados o sean accionistas a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que me suministro con los aseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades de estas.

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de notas sobre el servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo.

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias, hábitos de consumo, entre otros.

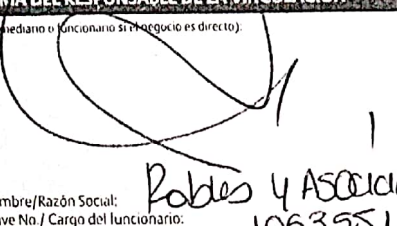
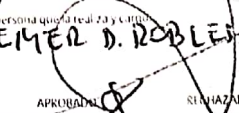
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal; otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales y revocación de la autorización de uso de los datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos puede ejercer sus derechos: a) Por escrito, a la Carrera 13A No. 100-10, Bogotá, D.C. b) Por correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente y la política de privacidad de la compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y que la actualizará o confirmará la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y que su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, me obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):  Nombre/Razón Social: Robles y Asociados Clave No / Cargo del funcionario: 1063551	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA Lugar (Especifique): 06-11-12-16 INT 101 Fecha: 17 de 10 de 2020 Hora: 10:00 Observaciones: Nombre de la persona que se realizó y cargo: MEIMER D. ROBLES Firma:  Resultado: APROBADO SE FIRMÓ	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA Fecha: 17 de 10 de 2020 Hora: 10:30 Nombre de la persona que se realizó y cargo: Nelissa Jimenez Firma: 
--	--	--