



Reclamamos TuSeguro <contacto@reclamamostuseguro.com>

20240039700. Terminación del proceso por transacción (Mauricio Barón vs. Allianz)

1 mensaje

Reclamamos TuSeguro <contacto@reclamamostuseguro.com>

29 de noviembre de 2024, 12:22

Para: cmpl36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co, notificaciones@gha.com.co, notificacionesjudiciales@allianz.co

Señores

JUZGADO TREINTA Y SEIS (36) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

Ciudad

Demandante: MAURICIO BARÓN GRANADOS**Demandada:** ALLIANZ SEGUROS S.A.**Proceso:** Verbal de responsabilidad civil contractual de menor cuantía**Radicado:** 11001400303620240039700

JOAQUÍN ANTONIO GARZÓN VARGAS, identificado con cédula de ciudadanía número 1.016.011.881 y tarjeta profesional número 253.809 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de MAURICIO BARÓN GRANADOS, por medio del escrito adjunto me permito solicitar la terminación del proceso por transacción, en los términos del artículo 312 del Código General del Proceso.

Adjunto contrato de transacción.

Atentamente,

JOAQUÍN ANTONIO GARZÓN VARGAS

CC. 1.016.011.881

TP. 253.809 del C.S de la J

www.simetria-legal.com

www.ReclamamosTuSeguro.com

joaquin@simetria-legal.com

+57 3212309120

AVISO LEGAL: El presente correo electrónico no representa la opinión o el consentimiento oficial de RECLAMAMOS TU SEGURO. Este mensaje es confidencial y puede contener información privilegiada la cual no puede ser usada ni divulgada a personas distintas de su destinatario. Está prohibida la retención, grabación, utilización, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito de la información confidencial. Si por error recibe este mensaje, por favor destruya su contenido y avise a su remitente de manera inmediata. En consecuencia, le recordamos su deber de mantener la reserva sobre el contenido, los datos o información de contacto del remitente y en general sobre la información de este documento y/o archivos adjuntos.

3 adjuntos **Contrato de Transacción.pdf**
2000K **CONTRATO DE TRANSACCION DE ALLIANZ (MAURICIO BARON GRANADOS).pdf**
2573K **20240039700. Terminación del proceso por transacción (Mauricio Barón vs. Allianz).pdf**
117K

Señores

JUZGADO TREINTA Y SEIS (36) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.
Ciudad

Demandante: MAURICIO BARÓN GRANADOS
Demandada: ALLIANZ SEGUROS S.A.
Proceso: Verbal de responsabilidad civil contractual de menor cuantía
Radicado: 11001400303620240039700

TERMINACIÓN DEL PROCESO POR TRANSACCIÓN

JOAQUÍN ANTONIO GARZÓN VARGAS, identificado con cédula de ciudadanía número 1.016.011.881 y tarjeta profesional número 253.809 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de MAURICIO BARÓN GRANADOS, por medio del presente escrito me permito solicitar la terminación del proceso por transacción, en los términos del artículo 312 del Código General del Proceso, en la medida en que se llevó a cabo un contrato de transacción entre la sociedad demandada y la parte activa del caso, con el cual se satisficieron las pretensiones de mi representado.

Por lo anterior, solicito al Despacho dar por terminado el proceso de la referencia y, como consecuencia de ello, archivar el mencionado expediente sin condena en costas a mis poderdantes.

De forma respetuosa, solicito que se le dé trámite al presente desistimiento.

Atentamente,



JOAQUÍN ANTONIO GARZÓN VARGAS

CC. 1.016.011.881

TP. 253.809 del C. S. de la J.



NOTARIA 29

Carrera 13 No. 33 42. PBX: 7462929

PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

LUIS ALCIBIADES LOPEZ BARRERO
NOTARIO 29 (E) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Compareció: GARZON VARGAS JOAQUIN ANTONIO

quien se identificó con: C.C. 1016011881 y T.P. No. 253809
y declaró Que reconoce como suya la
FIRMA impuesta en el presente documento
y declara como cierto su CONTENIDO. Por
lo tanto en señal de asentimiento procede a
firmar esta diligencia. El compareciente
solicitó y autorizó el tratamiento de sus
datos personales al ser verificada su
identidad cotejando sus huellas digitales y
datos biográficos contra la base de datos
de la Registraduría Nacional del Estado
Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com
para verificar este documento.



rn6b4



Joaquin Garzon
EL DECLARANTE

13393-ff557119

Bogotá D.C., 2024-11-28 10:24:05



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.362.971**

BARON GRANADOS

APELLIDOS

MAURICIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SOGAMOSO
(BOYACA)

12-FEB-1982

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

O+

M

ESTATURA

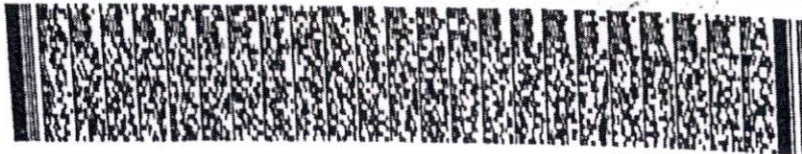
G.S. RH

SEXO

21-JUN-2000 NOBSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0700100-00660612-M-0074362971-20150126

0042511132H 1

18184559

Certificación Bancaria

Lunes, 21 de octubre de 2024

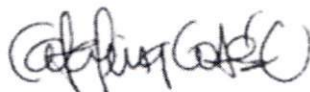
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MAURICIO BARON GRANADOS identificado(a) con CC 74362971, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	25873235007	2011-08-25	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, reportelo de inmediato a correosospeludos@bancolombia.com.co

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?
¿Por tu actividad u. oficina, gozas de reconocimiento público general?
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?

SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☐

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

Tomador

Nombre o razón social **Mauricio Baron Granados**

NIT / C.C. **74.362.971**

Oficina principal: Dirección **Carrera 14a - 127a - 68**

Ciudad **Bogotá**

Teléfono **3108511645**

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 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) Número de Cuenta (validar según relación) **25873235007** 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 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 CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA 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 ERES 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 ERES 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: **MAURICIO BARON G.**
C.C. No. **74362971**

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

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Devivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichinda	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomavea	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.

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: Bogotá Fecha: 15 11 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	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cuál:

Persona Natural		
Primer apellido	Baron	Segundo Apellido
	Granados	Nombres Completos
		Mauricio

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 ☒ T.I. ☐ NIUP ☐		C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐		
No 74.362.971		No		No
Fecha de expedición 21-06-2000		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Lugar de expedición Nohesa				

Fecha de nacimiento	12-02-1982	Lugar de nacimiento	Bogamoso	Nacionalidad	Colombia	Dirección de Residencia	Carrera 14a - 127a - 68	
Ciudad	Bogota	Teléfono	3108511645	E-mail	mauriciobaron7@gmail.com		Celular	3108511645
Oficio o profesión	Empleado Público					Actividad:	Independiente ☒ Dependiente ☐	
Empresa donde trabaja	Alcaldia Bogamoso	Cargo	Alcalde			Teléfono	3108511645	
Dirección comercial	Calle 15 - 79-11					Ciudad	Bogamoso	

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 ☐
 Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? SI ☒ NO ☐

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

Actividad económica	Asalariado		Código CIU	0010
Ingresos Mensuales (Pesos)	10'000.000	Egresos mensuales(Pesos)	5'000.000	
Activos (Pesos)	920'000.000	Pasivos (Pesos)	510'000.000	
Patrimonio (Pesos)	410'000.000	Otros Ingresos (Pesos)		

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 CIIU

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

*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, 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 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 caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	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)	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 ☐ No ☐ 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: Obrero 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, oficina, 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., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAITO 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 CREDITO y CIBIN, 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: 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 recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada 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 el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a 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, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☐ No ☐

(ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si ☐ No ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de 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 solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales 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 verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar 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 negativas.

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.

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.

Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	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/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		