



Cámara de Comercio de Bogotá
Registro Unico Empresarial

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 14 de agosto de 2023 Hora: 15:21:44
Recibo No. BA23041594
Valor: 5 7,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A23041594A9975

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

2 oct 8:15
25 9:00
204 2pm.



RADICADO: 68-081-4003-001-2020-00066-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: ALVARO REINA SILVA
DEMANDADOS: ALIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

CONSTANCIA SECRETARIAL: Al despacho del señor Juez, con el informe que la presente demanda se inadmitió por auto de fecha MARZO 06 DE 2020, y se notificó por estados el 9 DE MARZO DE 2020, venciendo el término para subsanar las falencias señaladas en dicha providencia. El apoderado judicial presenta memorial de subsanación dentro del término establecido para ello. Sírvase proveer.

Barrancabermeja, 14 de septiembre de 2020.

DARYS MILDRE HERNÁNDEZ BRIÑEZ
SECRETARIA

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL

Barrancabermeja, catorce (14) de septiembre de dos mil veinte (2020)

Ingresa al despacho el presente proceso declarativo de **RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL - SEGUROS**, instaurado por **ALVARO REINA SILVA C.C. No. 5.727.167**, actuando por intermedio de apoderado judicial, en contra de **ALIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. NIT. No. 860.002.404-1**, representada legalmente por **ARTURO SANABRIA GOMEZ**, o quien haga sus veces, con el objeto de examinar si es procedente la admisión de la presente acción, y sería el caso acceder a ello, si no se advierte lo siguiente:

De conformidad con la constancia secretarial que antecede, se tiene que si bien es cierto el apoderado judicial de la parte demandante allegó memorial de subsanación de la demanda dentro del término establecido para ello, no es menos cierto que dicho escrito no cumple a cabalidad y satisfacción los requerimientos efectuados en providencia de fecha MARZO 06 DE 2020.

Lo anterior, teniendo en cuenta que lo manifestado en el numeral 3º del escrito de subsanación como aclaración a lo requerido por el Despacho en el numeral 3º del auto inadmisorio, dejó en evidencia que la parte demandante allegó junto con el escrito de demanda, dos documentos emitidos por la parte accionada como respuesta a solicitudes previas presentadas por el demandante, en las que cada una referencia e informa el estado de dos pólizas diferentes. Es así como se observa la primera con fecha 8 de mayo de 2019 – GVI-806 obrante a folio 8, que indica *“Referencia: Estado de Póliza Hoy y Mañana Antiguo No. 1203004749-2”*; y la segunda con fecha 8 de mayo de 2019 – GIV-760 obrante a folio 9, que indica *“ASUNTO: Información de Póliza de Vida Hoy y Mañana Dólares No. 12100000364”*.

Ahora bien, una vez revisados nuevamente los demás documentos allegados como pruebas a fin de esclarecer el asunto anterior, evidencia el Despacho que en la **CONSTANCIA DE NO ACUERDO** emitida por la Cámara de Comercio de Barrancabermeja (folios 27-29) como resultado de la audiencia celebrada el 19 de octubre de 2019 entre las partes aquí intervinientes, se indica que la apoderada de la parte citante manifestó lo siguiente: *“(…) solicitamos ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. le cancele el pago del rescate garantizado de la póliza No. 860027404-1 (…)”*, póliza que es diferente a la que se allega como prueba de la relación contractual, cuyo cumplimiento se pretende exigir por medio de la presente acción.

Precisado lo anterior y teniendo en cuenta que la parte demandante relaciona en el numeral 1º del escrito de subsanación y demás apartes del escrito de demanda, la póliza **No. 1203004749-2** como objeto de declaración e indemnización de pago, resulta evidente la incongruencia que existe entre lo manifestado en la demanda y el contenido de los documentos probatorios antes mencionados, máxime cuando consta que la



póliza que suscitó la audiencia de conciliación, no se trata de la misma póliza que motiva los hechos y pretensiones que se establecen en el escrito de demanda.

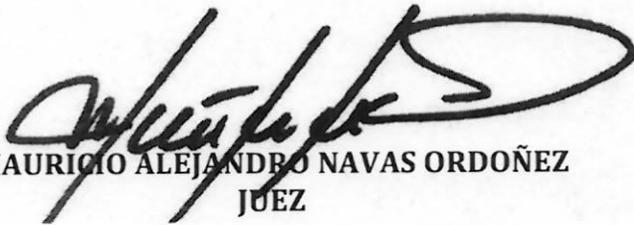
Así las cosas, se **REQUIERE** a la parte accionante para que allegue prueba que acredite **el debido cumplimiento del requisito de procedibilidad** que se exige agotar por Ley y como regla general, frente a todo asunto cuya materia sea conciliable, como lo es el que concierne, antes de acudir a la jurisdicción civil, en los procesos declarativos, tal y como lo prevé el artículo 621 del Código General del Proceso, en concordancia con el numeral 11º del artículo 82 ibídem.

En mérito de lo expuesto anteriormente, el Juzgado considera que la demanda no fue subsanada conforme los parámetros exigidos en el auto de fecha MARZO 06 DE 2020, surgiendo entonces nuevas falencias que impiden dar el trámite respectivo a su admisión. Por lo cual, se volverá a inadmitir de conformidad con lo previsto en artículo 90 del Código General del Proceso.

RESUELVE:

- 1º. **INADMITIR** la presente demanda por los motivos expuestos anteriormente.
- 2º. **CONCEDER** al actor, un término de cinco (5) días, para subsanar la demanda, so pena de rechazo, allegando los ejemplares necesarios de la misma para traslado y archivo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE


MAURICIO ALEJANDRO NAVAS ORDOÑEZ
JUEZ

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL
DE BARRANCABERMEJA

En Estado No. 85 se notifica a las partes, el auto que antecede. SEPTIEMBRE 15 DE 2020.

DARYS MILDRE HERNANDEZ BRIÑEZ
Secretaria

SEÑOR

JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA - (REPARTO)

E. S. D.



REFERENCIA: DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL CONTRA COLSEGUROS S.A. ahora denominado **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** con nit; 860027404-1.

MARILYN GRAUT VERBEL, mayor de edad, vecina y residente en esta municipalidad, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.863.185 de Bucaramanga, Abogada en Ejercicio y portadora de la T.P. No. 159.966 del C.S.J. De manera atenta y comedida, actuando en calidad de apoderada judicial del señor **ALVARO REINA SILVA**, igualmente mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Barrancabermeja, identificado con la cedula de ciudadanía número 5.727.167 de rio negro, ante su despacho respetuosamente manifiesto que presento **DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL** en contra de **COLSEGUROS S.A.** ahora denominado **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** con nit; 860027404-1 y su representante legal, el señor **ARTURO SANABRIA GOMEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 79.451.316, o quien haga sus veces.

PRETENSIONES

PRIMERO: Declarar que **COLSEGUROS S.A.** ahora denominado **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** con nit; 860027404-1 pague a mi representado el valor del rescate garantizado que suscribió en la póliza número 1203004749-2.

HECHOS

PRIMERO: Mi representado, el señor **ALVARO REINA SILVA**, adquirió una póliza de seguro de vida número 1203004749-2 con vigencia del 22 de diciembre de 1998 a 22 de diciembre de 2045 con la aseguradora **COLSEGUROS S.A.** ahora denominado **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** con nit; 860027404-1.

SEGUNDO: la póliza de seguro de vida la suscribió mi poderdante el señor **ALVARO REINA SILVA** mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía número 5.727.167 de rio negro, adquirió dicha póliza a la edad de los 33 años de edad.

TERCERO: mi poderdante el señor **ALVARO REINA SILVA**, solicito el pago del valor del rescate garantizado que suscribió en la póliza de seguro de vida número 1203004749-2 por medio de una reclamación formal la cual allego a las oficinas de la aseguradora y al día de hoy no han dado respuesta alguna a dicha solicitud.

PRUEBAS

Me permito aportar como pruebas a la presente demanda, las siguientes:

DOCUMENTALES

1. Poder para actuar
2. Fotocopia de cedula de ciudadanía del señor ALVARO REINA SILVA
3. Certificado de existencia y representación legal de aseguradora Allianz seguros de vida s.a.
4. Copia de la póliza del seguro de vida suscrito

TESTIMONIALES

- **Rafael Antonio meza de la ossa**

C.c. 12.708.925 de Valledupar

Teléfono:

Dirección:

JURAMENTO ESTIMATORIO

De acuerdo a lo manifestado por mi representado declara bajo la gravedad de juramento y de conformidad a lo establecido en el artículo 206 del código general del proceso, manifiesta que estima la cuantía de esta acción en la suma de **TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS /CTE (\$37.201.320)**. Por tanto es el valor establecido en la póliza N° AA018089, por concepto de pérdida total o por hurto o hurto calificado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículo 82 y ss, Artículo 368 y ss del Código General del Proceso, Artículo 2341, 2344 del Código Civil; y demás normas concordantes.

CUANTIA

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 20 del CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO (LEY 1564 DE 2012) y en razón de la cuantía y la vecindad del demandante, es usted Señor juez, competente para conocer de este proceso. La cuantía la estimo en la suma de **TREINTA Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS UN MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS /CTE (\$37.201.320)**.

COMPETENCIA

Es usted competente para conocer del presente proceso en razón de la cuantía de las pretensiones, de la naturaleza del asunto y el domicilio de las partes.

NOTIFICACIONES

La parte ejecutada, **COLSEGUROS S.A.** ahora denominado **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** con nit; 860027404-1, carrera 19 N° 48 – 15 local 103 Barrancabermeja – Santander Teléfono. 6970804 -3175731188
E-mail: NOTIFICACIONESJUDICIALES@ALLIANZ.CO

Su representante legal **ARTURO SANABRIA GOMEZ**, para efectos de notificación, las recibirá en la carrera 19 N° 48 – 15 local 103 Barrancabermeja – Santander
Teléfono. 6970804 -3175731188
E-mail: NOTIFICACIONESJUDICIALES@ALLIANZ.CO

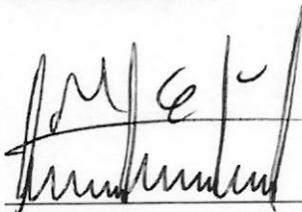
Mi poderdante, **ALVARO REINA SILVA** en su domicilio en la carrera 8 N° 47 – 92 de Barrancabermeja.
Teléfono: 3132292724
E-mail: no posee

Y la suscrita Apoderada Judicial, las recibe en la Secretaria de su despacho, o en la Calle 50 N° 11-20 Oficina 103 de esta ciudad.
Tel. 6114065.
E-mail: magraut1481@hotmail.com.

LOS TESTIGOS LAS RECIBIRAN:

- **RAFAEL ANTONIO MEZA DE LA OSSA**
C.c. 12.708.925 de Valledupar
Teléfono:
Dirección:

Atentamente



MARILYN GRAUT VERBEL
C.C. 37.863.185 de Bucaramanga
T.P. 159.966 del C.S.J.

**SEÑORES
JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABEMEJA
E. S. D.**

ALVARO REINA SILVA, mayor de edad, con domicilio y residencia en Barrancabermeja (Santander) identificado con C.C. 5.727.167 expedida en Rio negro, de manera atenta y comedida, en pleno uso y goce de mis facultades mentales y de ley me permito manifestar por medio del siguiente escrito mi voluntad en conceder poder especial, amplio y suficiente a la **DRA MARILYN GRAUT VERBEL**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Barrancabermeja, identificada con cédula de ciudadanía N° 37.863.185 de Bucaramanga; abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 159.966 del C.S.J.; para que en mi nombre y Representación legal, inicie promueva y lleve hasta su terminación proceso de **DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**, en contra de la **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** identificada con nit: 860027404-1 representada legalmente por **BELEN AZPURUA DE MATTAR** mayor de edad identificada con cedula de extranjería numero 324.238 o quien haga sus veces.

Mi apoderada queda especialmente facultada, para recibir, desistir, conciliar, renunciar, reasumir, sustituir, postular en el presente asunto y en general llevar a cabo todas aquellas gestiones tendientes al cabal cumplimiento de sus facultades conforme al 77 del código General del Proceso.

Sírvase, señor Juez reconocer personería jurídica a la apoderada especial.

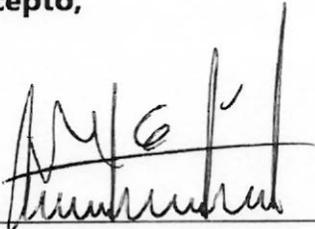
De usted su señoría

Atentamente.



**ALVARO REINA SILVA
C. C. 5.727.167 de Rionegro**

Acepto,



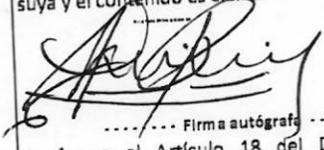
**MARILYN GRAUT VERBEL
C.C. 37.863.185 DE BUCARAMANGA
T.P. 159.966 DEL C.S.J.**



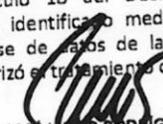
NOTARÍA 2 DE BARRANCABERMEJA - SANTANDER
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

En Barrancabermeja, Departamento de Santander, República de Colombia, el 29-01-2020, en la Notaría Dos (2) del Círculo de Barrancabermeja, compareció:

ALVARO REINA SILVA, identificado con CC/NUIP #0005727167 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.


..... Firma autógrafa

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, y autorizó el tratamiento de sus datos personales.


JOSE JAVIER RODRIGUEZ LUNA
Notario dos (2) del Círculo de Barrancabermeja

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 7stxa3oj5frmq | 29/01/2020 - 16:54:40:117

21686

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.727.167

REINA SILVA

APELLIDOS

ALVARO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1965

RIONEGRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

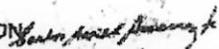
G.S. RH

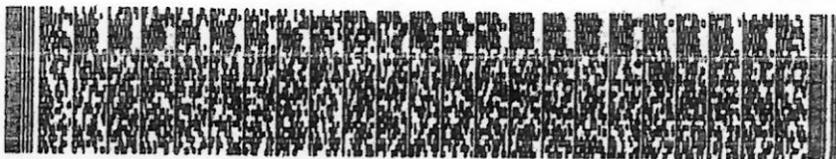
M

SEXO

12-NOV-1983 RIONEGRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2717200-00247702-M-0005727167-20100801

0023207859A 1

33736615



Bogotá, 08 de mayo de 2019
GVI-806

Señor:
ALVARO REYNA SILVA
asotraicol@gmail.com
Barrancabermeja

Referencia: Estado de Póliza Hoy y Mañana Antiguo No 1203004749-2

Apreciado Señor Reyna:

Allianz Seguros de Vida S.A una empresa del grupo Allianz, está gustosa de poder ofrecerle nuestro respaldo a usted y a sus seres queridos, a través de nuestros productos.

Atendiendo su solicitud, nos permitimos remitirle la información correspondiente a su póliza de Vida de la referencia con corte al 08 de mayo de 2019:

• Plan:	PAGO UNICO
• Crecimiento:	20%
• Estado de la póliza:	VIGENTE
• Fecha de Expedición:	22 de Diciembre de 1998
• Valor Asegurado Inicial:	\$ 60.000.000
• Valor Asegurado Alcanzado Básico:	\$ 300.000.000
• Valor de Rescate:	\$ 32.109.622
• Cobertura del Seguro:	Hasta la edad 80 del asegurado

Estamos gustosos que continúe brindándole a sus seres queridos la oportunidad de mantener el futuro asegurado con el respaldo y servicio de la Aseguradora de Vida ALLIANZ S.A.

Reciba un cordial saludo.


ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Firma autorizada

GPMP



Bogotá, 08 de mayo de 2019
GVI - 760

Señor(a):
ALVARO REYNA SILVA
asotraicol@gmail.com
Barrancabermeja

ASUNTO: Información de Póliza de Vida Hoy y Mañana Dólares No. 1210000364

Respetado(a) Señor(a) Reyna:

En atención a su requerimiento en el cual nos solicita el estado de la póliza de vida mencionado en el asunto, nos permitimos informarle que una vez validados los antecedentes encontramos que dicha póliza se encuentra en estado cancelada por concepto de revocación y/o anulación de la misma realizada el 08 de octubre de 2004.

Esperamos haber atendido sus inquietudes, y quedamos a su disposición para suministrar la información adicional que estime necesaria con la vocación de servicio que siempre brindamos a nuestros clientes.


ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Firma autorizada

Barrancabermeja, Junio 4 de 2019

Señores

ALLIANZ

SEGUROS DE VIDA

Bogotá D.C

ASUNTO: REVOCACION POLIZA # 1203004749-2

*Recibido
Junio 4/2019*

Con el fin de continuar con el proceso de revocación de mi póliza en referencia y que presente a esa compañía el día 23 de mayo de 2019, me permito adjuntar los documentos requeridos por ustedes, según mensaje recibido el 28 de mayo de 2019.

Los cuales estoy relacionando a continuación:

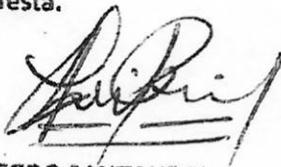
- 1: Solicitud de revocatoria autenticada
- 2: Autocertificación FATCA/CRS persona natural
- 3: Carátula original de la póliza #1203004749-2
- 4: Fotocopia de mi cédula ampliada al 150
- 5: Formato de pago por transferencia
- 6: Certificado del banco correspondiente a mi cuenta.

Estos documentos los he entregado a su representante en Barrancabermeja, Sra. Maria Lelys Ariza Galeano.

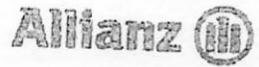
En espera de su respuesta.

Cordialmente,

ALVARO REINA SILVA



C.C.# 5.727.167 RIONEGRO SANTANDER.



Barrancabermeja

Ciudad

04/06/2019

Fecha (día, mes y año)

Señores
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Gerencia de Vida
Ciudad

Ref.: SOLICITUD DE REVOCACION (RESCISIÓN) PÓLIZA DE VIDA No. 1203004749-2

Apreciados señores:

Por medio de la presente me permito solicitar la revocación de mi póliza de vida No. 1203004749-2

Así mismo solicito que el valor antes indicado, sea abonado a mi cuenta:

Banco Bogotá No. Cuenta 85006113 Tipo Ahorros

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a ALLIANZ SEGUROS S.A. y/o ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y/o ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o ALLIANZ INVERSIONES S.A. y/o ALLIANZ SAS S.A.S., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "ALLIANZ") 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 transferencia o 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 ALLIANZ; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de ALLIANZ 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) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de ALLIANZ; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

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.

Manifiesto que los datos que he suministrado a ALLIANZ 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 ALLIANZ o la relación contractual con ALLIANZ haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las compañías ALLIANZ mencionadas, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 9. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en [www.allianz.com.co](#).

Cordialmente,

Firma

Nombre Asegurado Alvaro Reina Silva

C.C. Asegurado 5727167

Ciudad Barrancabermeja Dirección Cra B # 47-97 Callejón Gutiérrez

Correo Electrónico diosesamor_mary@hotmail.com Teléfono 3132292724

NOTA: Entregue este formato debidamente diligenciado y autenticado, junto con los documentos relacionados en la lista de chequeo

Autocertificación FATCA/CRS para Persona Natural

Diligencie todos los campos de la siguiente autocertificación (parte 1 - 3). Si alguno de los campos a diligenciar no aplica en su caso, por favor anule el campo correspondiente con una línea horizontal.

Parte 1.- Identificación individual.

Nombres completos:	Alvaro
Apellidos completos:	Reina Silvo
Dirección completa de residencia actual:	Cra 8 # 47-97 Callejón Gutiérrez
Ciudad / Departamento de residencia:	Barrancabermeja, Santander
País de residencia:	Colombia
País de residencia del tutor (en caso de tener tutor):	_____
Teléfono de contacto:	313 2292724
Dirección correo electrónico:	diosesamor_mary@hotmail.com
Fecha de nacimiento:	12/03/1965
Ciudad de nacimiento:	Ricnegra Santander
País de nacimiento*:	Colombia
Tipo y número documento de identificación:	Cédula de ciudadanía # 5.727.167
Fecha de caducidad del documento de identificación:	12/11/1983
Nacionalidad 1:	Colombiano
Nacionalidad 2:	_____
Situación Laboral:	_____

*Si usted ha renunciado a la nacionalidad de los EE.UU o de algún otro país diferente de Colombia, adjunte la certificación soporte, emitida por el gobierno correspondiente.

Parte 2.- Identificación Tributaria (Número de identificación para fines fiscales o equivalente).

	País de Residencia Fiscal	Número de identificación tributaria / TIN*	Tipo de documento (Ej. pasaporte)	Fecha de caducidad	Si no posee número de identificación tributaria explique la razón A*, B** ó C***
1	Colombia	5.727.167-0	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____

*En caso de tributación en EE.UU puede incluir el Número de Identificación Fiscal americano (US-TIN) o el número de seguridad social.

SI NO POSEE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA EXPLIQUE LA RAZÓN:

A*: el país en el que está obligado a pagar impuestos no expide número de identificación tributaria.

B**: a usted no le es posible obtener un número de identificación tributaria (favor explicar la razón).

C***: no se requiere número de identificación tributaria (sólo seleccionar esta opción si las autoridades del país donde es residente fiscal no requieren que el número de identificación tributario sea revelado).

Parte 3.- Declaraciones y firma

En atención a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (Foreign Account Tax Compliance Act - FATCA), así como al Common Reporting Standard (CRS) y a los correspondientes acuerdos de intercambio de información tributaria suscritos por Colombia con los Estados Unidos de América y otros gobiernos, **DECLARO** bajo la gravedad de juramento que a la fecha de diligenciamiento de esta certificación, (marque con una equis (x) su respuesta): SI **NO** **tengo vínculo** con los Estados Unidos de América o algún otro país diferente de Colombia (entiéndase por vínculo, por ejemplo: nacionalidad, país de residencia propia o del tutor, país de nacimiento, número de identificación tributaria).

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "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 transferencia o 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.

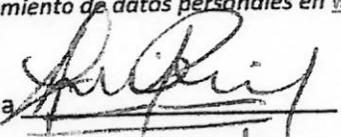
IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

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) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de los países, con los cuales Colombia haya celebrado acuerdos de intercambio de información tributaria a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o el Standard for Automatic Exchange of Financial Information in Tax Matters (CRS), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

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. 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.

Firma



Ciudad Barrancabermeja

Fecha de diligenciamiento: 04/06/2019



1. La autocertificación no caduca, pero es válida únicamente hasta que la información contenida en ella cambie.
2. La autocertificación debe estar totalmente diligenciada, firmada y fechada bajo gravedad de juramento, por el titular de la cuenta y debe estar acompañada de las pruebas documentales necesarias.

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona ALVARO REINA SILVA identificado(a) con CC 5727167 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 850006115 desde el 17 de octubre de 1997, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 31 de mayo de 2019, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogotá

Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT. 960.027.404 - 1

04 03 007 300-321 12-03-004749 2

POLIZA DE SEGURO DE: VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACION

EL CORRAL: **BUCARAMANGA** SUB AGENCIA: **VIDA HOY Y MAÑANA** NOMBRE AGENCIA: **NUEVO NEGOCIO 01.037**
 TOMADOR: **REYNA SILVA ALVARO** C/C: **5727167**
 REYNA SILVA ALVARO C/C: **5727167**

DIRECCION: **CRA 8 NO. 47-92** TELEFONO: **621-12-92** CIUDAD: **BARRANCABERMEJA**
 SECCION: **NO**

VIGENCIA DEL SEGURO: **DESDE 22 12 98 HASTA 22 12 95** PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO: **DESDE 22 12 98 HASTA 22 12 95**
 D M A D M A D M A D M A D M A D M A

INTERMEDIARIOS
 CODIGO: **54221** % PART: **100.00** NOMBRE AGENCIA: **MEZA DE LA OSEA RA AEL ANTONIOGENTE**
 VALOR DE PRIMA ANTES DE COMISION: **3 576.145** VALOR COMISION: **1.871.715**
 VALOR ASEGURADO INICIAL SEGURO BASIC: **40.000.000** EDAD AL INICIAR EL SEGURO: **33 AÑOS**
 PORCENTAJE DE CRECIMIENTO ANUAL DEL R. ASEGURADO: **20 %** FORMA DE PAGO: **ANUAL**
 PLAN E PERIODO DE PAGO DE PRIMAS PAGO: **UNICO**

BASICOS DE VIDA			ANPARO:	VR. ASEGURADO	VR. PRIMA	
				40.000.000	7.570.860	
BENEFICIARIOS						
QUICENO	RAIGOSA	LUZ	NOMBRE:	NIT	% PART	PARENTESCO
REYNA	QUICENO	A.	MARY JULIAN	43460589	30.00	CONYUGE
REYNA	QUICENO	ALVARO	FABIAN	950827	25.00	HIJO
				780727	25.00	HIJO

LA ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., QUE PARA EL PRESENTE CONTRATO SE LLAMARA "LA COMPAÑIA", ADQUIERE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD Y EN EL EXAMEN MEDICO O EN EL FORMULARIO QUE LO REEMPLAZA AL PAGO DE LA PRIMA QUE APARECE EN ESTA PAGINA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.
 LA HORA EN EL PAGO DE PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A LA COMPAÑIA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL MISMO SIN PERJUICIO DE LO CONTEMPLADO EN EL ARTICULO 1153 DEL CODIGO DEL COMERCIO.

OBSERVACIONES: **SEGURO DE VIDA 7.570.860**
 COD. BANCO: **000000** NOMBRE BANCO: **000000** SEGURO: **000000**
 AGENCIA: **BUCARAMANGA** SUBAGENCIA: **VIDA HOY Y MAÑANA** TOTAL A PAGAR: **7.570.860**

EN FE DE LO CUAL LA COMPAÑIA EXPIDE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE **BUCARAMANGA** A LOS **VEINTI OCHO** DIAS DEL MES DE **DICIEMBRE** DE **1998**
 FIRMA AUTORIZADA: *[Signature]* DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: **Letle 36 # 15-32 Piso 3** FIRMA TOMADOR: *[Signature]*

PAGO DE LA PRIMA SE HACE CON CHEQUE, E TE DEBE GIRARSE, EXCLUSIVAMENTE, A LA ORDEN DE ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.
 2001761

29/12/98

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

PAGINA : 2

17:24:12

PLAN DE VIDA HOY Y MAÑANA
COTIZACION

TOMADOR : ALVARO REINA SILVA

EDAD : 33 PLAN : G CRECIMIENTO : 20%

EDAD	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA BASICO	VALOR PRIMA ANEXOS	V/R RESCATE GARANTIZADO	INVERS. ACUMULADA	AHORRO TOTAL
33	60,000,000	7,570,860	0	4,511,460	645,655	5,157,115
34	72,000,000	0	0	5,134,560	1,540,994	6,675,554
35	84,000,000	0	0	5,807,340	2,761,315	8,568,655
36	96,000,000	0	0	6,536,160	4,403,685	10,939,845
37	108,000,000	0	0	7,327,980	6,593,100	13,921,080
38	120,000,000	0	0	8,190,600	9,490,378	17,680,978
39	132,000,000	0	0	9,133,740	13,302,432	22,436,172
40	144,000,000	0	0	10,167,360	18,295,151	28,462,511
41	156,000,000	0	0	11,302,440	24,810,058	36,112,498
42	168,000,000	0	0	12,549,600	33,285,432	45,835,032
43	180,000,000	0	0	13,916,820	44,283,073	58,199,893
44	192,000,000	0	0	15,413,700	58,523,052	73,936,752
45	204,000,000	0	0	17,045,940	76,927,600	93,973,540
46	216,000,000	0	0	18,816,060	100,677,319	119,493,379
47	228,000,000	0	0	20,720,100	131,282,755	152,002,855
48	240,000,000	0	0	22,752,600	170,676,618	193,429,218
49	252,000,000	0	0	24,909,420	221,332,079	246,241,499
50	264,000,000	0	0	27,186,120	286,414,076	313,600,196
51	276,000,000	0	0	29,584,020	369,973,578	399,557,598
52	288,000,000	0	0	32,109,600	477,196,239	509,305,839
53	300,000,000	0	0	34,885,980	614,721,217	649,307,197
54	312,000,000	0	0	37,801,320	791,048,872	828,250,192
55	324,000,000	0	0	39,990,600	1,017,063,621	1,057,054,221
56	336,000,000	0	0	43,001,340	1,306,702,888	1,349,704,228
57	348,000,000	0	0	46,288,800	1,677,812,825	1,724,101,625
58	360,000,000	0	0	49,894,260	2,153,241,173	2,203,135,433
59	372,000,000	0	0	53,826,660	2,762,234,053	2,816,060,713
60	384,000,000	0	0	58,055,340	3,542,223,031	3,600,278,371
61	396,000,000	0	0	62,527,140	4,541,114,503	4,603,641,643
62	408,000,000	0	0	67,182,660	5,820,221,941	5,887,404,601
63	420,000,000	0	0	71,946,600	7,458,018,077	7,529,964,677
64	432,000,000	0	0	76,728,480	9,554,937,777	9,631,666,257
65	444,000,000	0	0	81,438,600	12,239,527,531	12,320,966,131
66	456,000,000	0	0	85,959,600	15,676,313,575	15,762,273,175
67	468,000,000	0	0	90,186,000	20,075,877,566	20,166,063,566
68	480,000,000	0	0	94,027,080	25,707,753,770	25,801,780,850
69	492,000,000	0	0	97,369,080	32,916,933,184	33,014,302,264
70	504,000,000	0	0	100,051,080	42,144,986,090	42,245,037,170
71	504,000,000	0	0	102,200,160	53,957,136,816	54,059,336,976
72	504,000,000	0	0	103,617,480	69,076,850,022	69,180,467,502
73	504,000,000	0	0	104,022,000	88,430,128,696	88,584,150,696
74	504,000,000	0	0	102,718,920	113,202,178,109	113,304,897,029
75	504,000,000	0	0	99,016,140	144,909,982,757	145,008,988,897
76	504,000,000	0	0	91,485,420	185,495,121,313	185,582,606,733
77	504,000,000	0	0	80,373,180	237,442,842,338	237,523,215,518
78	504,000,000	0	0	63,549,780	303,934,023,205	303,997,572,985
79	504,000,000	0	0	37,641,120	389,039,805,464	389,077,446,584
80	504,000,000	0	0	0	497,970,950,993	497,970,950,993

The stamp is a circular official seal of Aseguradora de Vida Colseguros S.A. It contains the company name and the date '4 JUN 2019'.

COLSEGUROS



ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.
NIT. 860.027.404-1

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
HOY Y MAÑANA**

PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACION

AMPARO BASICO DE VIDA

AMPARO

CON SUJECION A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE POLIZA Y EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y EN EL EXAMEN MEDICO O EN EL FORMULARIO QUE LO REEMPLAZA, LOS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADOS A ESTE CONTRATO, LA COMPANIA CUBRE EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO, REALIZADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE POLIZA.

EXCLUSIONES

EL SUICIDIO OCURRIDO DENTRO DE LOS DOS (2) AÑOS SIGUIENTES A LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

CONDICIONES GENERALES

1. BENEFICIARIO

En cualquier tiempo, mientras esta Póliza esté en vigor, el Asegurado podrá designar un nuevo beneficiario del seguro mediante una comunicación escrita a LA COMPANIA. El cambio de beneficiario surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea entregada en cualquiera de las oficinas locales o en la Oficina principal de LA COMPANIA. Con la comunicación, el asegurado entregará la Póliza para hacer la anotación correspondiente.

El cambio de beneficiario podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto que éste tenga la calidad de oneroso, caso en el cual se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima.

Cuando no se designe beneficiario o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrá la calidad de tal el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiario a los herederos del asegurado.

2. SUICIDIO

Si el Asegurado se quitare la vida estando en su sano juicio o demente o en cualquier otra circunstancia dentro de los dos (2) años, contados desde la fecha de iniciación de vigencia de la Póliza, LA COMPANIA no queda obligada al pago de ninguna indemnización. Transcurrido este plazo el evento de suicidio del asegurado está amparado bajo la presente Póliza.

7. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado inicial se aumentará automáticamente cada año, en una suma igual al incremento porcentual señalado en la carátula de la Póliza.

El valor del incremento, que se calculará sobre el valor asegurado inicial, será constante en todas las anualidades del seguro, hasta la fecha del aniversario más cercana a aquella en la que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad. A partir de este momento y hasta el vencimiento del plan, el valor asegurado no será objeto de nuevos incrementos.

Cuando se trate de un plan temporal a un año sin participación renovable hasta la edad de 80 años, el valor Asegurado se incrementará anualmente en la proporción establecida en la carátula de la Póliza, hasta su vencimiento.

8. PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o primera cuota, si se acordó fraccionamiento, es condición indispensable para la iniciación de vigencia del seguro, por lo que el Asegurado deberá efectuar el pago al recibir la póliza correspondiente.

Para las primas de renovación o primas subsiguientes a la primera, LA COMPAÑÍA concede sin intereses, un plazo de 30 días para su pago. Dicho plazo se contará a partir de la fecha de vencimiento de la vigencia del certificado inmediatamente anterior. Durante este plazo la póliza continuará vigente.

El no pago de las primas o cuotas correspondientes ocasionará la terminación automática de la póliza, salvo lo establecido en las opciones sobre Valores de Cesión Garantizados de las condiciones Particulares de esta póliza.

FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas por anualidades, sin embargo, LA COMPAÑÍA, podrá optar el pago de las mismas por cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, cuyos valores se obtienen multiplicando la prima anual por 0.5444, 0.280 y 0.098, respectivamente.

La cuota o cuotas que faltaren para completar la prima pendiente del año de seguro en curso, se considerarán como un gravamen sobre la póliza en caso de fallecimiento del asegurado.

10. REHABILITACIONES

Si se produce la terminación automática de la Póliza, esta podrá ser rehabilitada en cualquier tiempo anterior al vencimiento de la vigencia del contrato, previa presentación de requisitos de asegurabilidad a satisfacción de LA COMPAÑÍA y mediante el pago de las primas atrasadas con sus respectivos intereses computados al 30% anual. En todos los casos de rehabilitación, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de rehabilitación que haga el asegurado o de aceptarla en condiciones distintas de las estipuladas originalmente en la Póliza.

ESTADO MEXICANO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
El presente documento es válido para el pago de la prima.
Firma: [Firma manuscrita]
[Sello circular]
MAY 2018
VID. 218 Versión 4

COLSEGUROS



Aseguradora de Vida Colseguros S.A.
NIT. 860.027.404 - 1

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL HOY Y MAÑANA
PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACIÓN**

CONDICIONES ESPECIALES

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

La presente Póliza tendrá derecho a una participación anual en las utilidades originadas en la inversión que haga LA COMPAÑÍA de las reservas matemáticas y técnicas generadas por el presente contrato de seguro, de acuerdo con lo estipulado en el decreto 1729 de Agosto de 1.974, reglamentado según circular número DS y C 171 de diciembre 9 de 1.974, mientras estas disposiciones estén vigentes en su totalidad.

Después del primer año de vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá disponer de la Participación de Utilidades que le corresponda, según una de las siguientes opciones:

- a. **Retirarlas en Efectivo** : El Asegurado podrá efectuar retiros del valor de participación de utilidades disponible que esta Póliza tenga acreditado. Si el asegurado no efectúa retiros, la participación de utilidades se aplicará de acuerdo a la opción c. subsiguiente.
- b. **Aplicarlas al pago de la Prima.**
- c. **Dejarlas acumuladas en poder de LA COMPAÑÍA** : El asegurado podrá acumular la participación de Utilidades que le corresponda en el Fondo de Ahorro con Participación en la Utilidades, la cual se calculará y tendrá idéntico tratamiento que las originadas por las reservas matemáticas y técnicas descritas en la presente condición.

El asegurado podrá en cualquier momento solicitar retiros de su fondo de Ahorro con participación, sin garantías y sin intereses.

PARAGRAFO

La Participación en las Utilidades será liquidada conforme a la reglamentación que sobre esta liquidación haya aprobado la Superintendencia Bancaria para este plan de seguro. Su valor será pagadero después de cada aniversario, con la condición de que en esa fecha la Póliza se encuentre vigente.

El monto anual de la Participación en las Utilidades depende de la utilidad originada en la inversión que haga LA COMPAÑÍA según se estipuló en el párrafo primero de esta Condición.

Cuando la presente Póliza se convierta en un seguro Saldado en un Seguro Prorrogado, LA COMPAÑÍA devolverá al Asegurado el valor de Participación de Utilidades disponible que tenga acreditado en la fecha desde la cual tenga efecto la conversión.

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS

Después de que esta Póliza adquiera VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS de acuerdo con el tiempo durante el cual se haya mantenido en vigor por el pago de las primas, según se indica en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en la presente Póliza, el asegurado si no desea continuar con el pago de las primas, podrá acogerse por escrito y dentro del plazo de gracia para el pago de las primas, podrá acogerse por escrito y dentro del plazo de gracia para el pago de la prima pendiente, a una de las opciones siguientes:

1. VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS POR CANCELACIÓN ANTICIPADA

Consiste en entregar a LA COMPAÑÍA esta Póliza cancelada en todas sus partes a cambio de su Valor de Rescate Garantizado, previa deducción de cualquier deuda contraída a favor de LA COMPAÑÍA y garantizada con la presente Póliza.

2. SEGURO SALDADO

Significa convertir esta Póliza desde la fecha en que se causó la prima pendiente, en un seguro Saldado por la suma indicada en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en este contrato, la cual se mantendrá constante hasta el vencimiento del plan y será pagadera al fallecimiento del asegurado.

El seguro Saldado no dará derecho a Participación de Utilidades, ni a Valores de Rescate Garantizados o Préstamos.

Si existe alguna deuda, ella se deducirá del valor de Rescate Garantizado correspondiente y el saldo del mismo se aplicará a la compra del Seguro Saldado.