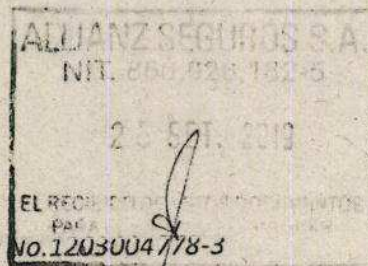


Barrancabermeja, 19 de Septiembre de 2019

Handwritten signature
20/09/2019

Señores
ALLIANZ
Seguros de vida S.A
Atte.: Ingrid Yolima Rojas



REF: CANCELACIÓN PÓLIZA HOY Y MAÑANA ANTIGUO

Atendiendo su comunicación GVI-1475 del 28 de agosto de 2019, me permito solicitar la cancelación total de mi póliza en referencia a partir de la fecha y liquidar el valor de rescate y la participación de utilidades que reza en una de las páginas de la póliza.

Les sabré agradecer que el resultado de esta operación, los dineros me sean consignados en mi cuenta corriente No.009105630-9 del Banco Davivienda.

Para tal efecto estoy adjuntando los siguientes documentos:
Fotocopia ampliada de mi cédula
Original de la póliza
Certificado de mi cuenta bancaria
Y demás documentos requeridos por esa entidad.

Por lo anterior quedo en espera de su amable y pronta respuesta.

Cordialmente

Handwritten signature of Luz Mary Quiceno Raigoza

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

CC 63.460.588

Correo electrónico: diosesamor-mary@hotmail.com

NOTARIA SEGUNDA DE BARRANCABERMEJA

**PRESENTACION PERSONAL
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO**
Ante el Notario Segundo del Circulo de Barrancabermeja,

hoy 19/09/2019 a las 05:01:53 PM compareció:

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

quien se identificó con C.C. número: 63460588
y manifestó que el contenido de este documento es cierto y
que la firma que aparece en él es la suya



En constancia firma:

Handwritten signature of José Javier Rodríguez Linares

El compareciente

Handwritten signature of José Javier Rodríguez Linares

José Javier Rodríguez Linares
Circulo Notarial de Barrancabermeja
NUA: 464502 Notario Segundo



Barrancabermeja

Ciudad

18/09/2019

Fecha (día, mes y año)



Allianz



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

Ref.: SOLICITUD DE REVOCACION (RESCISIÓN) PÓLIZA DE VIDA No. 1203004778-3

Apreciados señores:

Por medio de la presente me permito solicitar la **revocación** de mi póliza de vida No. 1203004778-3

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

Banco Davivienda No. Cuenta 0011056309 Tipo Corriente

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, FASECOLDIA, 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.co.

Cordialmente,

Firma

Nombre Asegurado Luz Mary Corceno Rangel

C.C. Asegurado 63460508

Ciudad Barrancabermeja Dirección Calle 49 # 8-08 Sector Comercial

Correo Electrónico diosesamari_mary@hotmail.com Teléfono 3132636898

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

Roberto X
Versión Febrero 2018

NOTARIA SEGUNDA DE BARRANCABERMEJA

**PRESENTACION PERSONAL
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO**

Ante el Notario Segundo del Círculo de Barrancabermeja,

hoy 19/09/2019 a las 05:01:53 PM compareció:

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

quien se identificó con C.C. número: **63460588**
y manifestó que el contenido de este documento es cierto y
que la firma que aparece en él es la suya



En constancia firma:

El compareciente

 (2)



CC 63460588

José Javier Rodríguez Luna
Círculo Notarial de Barrancabermeja
NUA: 464502 Notario Segundo

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:	Juz Mary
Apellidos completos:	Quintero Raigosa
Dirección completa de residencia actual:	Calle 49 # E-08 Sector Comercial
Ciudad / Departamento de residencia:	Barranquilla, Santander
País de residencia:	Colombia
País de residencia del tutor (en caso de tener tutor):	
Teléfono de contacto:	3132636898
Dirección correo electrónico:	diosesama_mary@hotmail.com
Fecha de nacimiento:	19/12/1969
Ciudad de nacimiento:	La Virginia Risaralda
País de nacimiento*:	Colombia
Tipo y número documento de identificación:	Cédula de Ciudadanía # 63460588
Fecha de caducidad del documento de identificación:	31/12/1970
Nacionalidad 1:	Colombiana
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 (E. pasaporte)	Fecha de caducidad	Si no posee número de identificación tributaria explique la razón A*, B** ó C***
1	Colombia	63460588			
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, 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 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: 18/09/2019



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.



NOTARIA SEGUNDA DE BARRANCABERMEJA

**PRESENTACION PERSONAL
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO**

Ante el Notario Segundo del Circulo de Barrancabermeja,

may 18/09/2019 a las 05:01:53 PM compareció:

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

quien se identificó con C.C. número: **63460588**
y manifestó que el contenido de este documento es cierto y
que la firma que aparece en él es la suya



En constancia firma:

El compareciente



José Javier Rodríguez Luna

Circulo Notarial de Barrancabermeja

NUA: 464502 Notario Segundo

Autorización de Pagos



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%.

Ramo: Seguro de vida

Póliza: 1203004778-3

Ciudad: Barrancabermeja

Fecha: 18 May 2019

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

Ortiz

Segundo Apellido

Raigosa

Nombres Completos

Ortiz Mary

Documento de Identidad

Personas Nacionales

Cédula ☒

T.I. ☐

NUIP ☐

Personas Extranjeras

C. Extranjería ☐

Pasaporte ☐

Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐

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:

No 63460588

Fecha de expedición 31 dic 1990

Lugar de expedición Barrancabermeja

Fecha de nacimiento

19 dic 1969

Lugar de nacimiento

Juv. Virginia (Rdo)

Ciudad

Barrancabermeja

Teléfono

313 263 6898

Empresa donde trabaja

Bag's World

Nacionalidad 1: Colombiana

Nacionalidad 2:

Dirección de Residencia

Calle 49 # 8 08

Oficio o profesión

Comerciante

Actividad:

Independiente ☒

Dependiente ☐

E-mail

di03030303_mary@hotmail.com

Ciudad

Barrancabermeja

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 considerada? SI ☐ NO ☒

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

Actividad económica Administrador de Almacén de variedades y productos Textil

Código CIIU 4319

Ingresos Mensuales (Pesos) 5.000.000=

Egresos mensuales (Pesos) 2.000.000=

Activos (Pesos) 500.000.000=

Pasivos (Pesos) 120.000.000=

Patrimonio (Pesos) 380.000.000=

Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

Persona Jurídica

Nombre o razón social

Oficina principal: Dirección

Tipo de empresa

Actividad económica

Ciudad

Sector de la economía

Nit.

Teléfono

Cuál

Código CIIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido

Segundo Apellido

Nombres Completos

Tipo de documento

N°

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Nacionalidad 1:

Nacionalidad 2:

Dirección

Ciudad

Teléfono

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	Si los accionistas o asociados tienen más del 5% del capital social, debe anexarse la relación
	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 ☐			
Descripción de la Actividad económica				Código CIIU
Especifique				
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 o indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente

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 José María Quiroga Ruiz identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 63460583 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 Rescisión de póliza en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. _____ con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
PARA PERSONAS JURÍDICAS ANEXAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO.

Código Entidad Financiera
(según relación)

051

Número de Cuenta (validar según relación)

009105630-9

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 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 RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia:

Cheque ☐

Efectivo ☐

Tarjeta Allianz:

☐

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. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de José María Quiroga Ruiz 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, actividad, negocio, etc.) Salario; 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., 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 DATACREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro -INF 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: 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.

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.

4. 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.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: José María Quiroga R
C.C. No. 63460583 Bw

Tipo de cuenta ☒ Corriente ☐ Ahorros

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDAR EN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDAR EN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORROS			CORRIENTE	AHORROS
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 e 12 dígitos
Banco Popular	002	9 e 12 dígitos	9 e 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Compañía	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 e 12 dígitos	11 e 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Av Villas	051	9 e 12 dígitos	9 e 12 dígitos
Sociedades Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Caribank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banca Pichincha	080	9 dígitos	9 dígitos
HBB	010	9 e 15 dígitos	9 e 15 dígitos	Cochevia	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco CIB Surinam	012	8 dígitos	8 e 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 e 16 dígitos	9, 10, 12, 14 e 16 dígitos	Fransidina 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.

NOTARIA SEGUNDA DE BARRANCABERMEJA

**PRESENTACION PERSONAL
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO**

Ante el Notario Segundo del Circulo de Barrancabermeja,

hoy 18/08/2019 a las 05:01:53 PM compareció:

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

quien se identificó con C.C. número: **63460588**
y manifestó que el contenido de este documento es cierto y
que la firma que aparece en él es la suya



En constancia firma:

El compareciente

 (2)



CC 63460588

José Javier Rodríguez Luna
Circulo Notarial de Barrancabermeja
NUA: 464502 Notario Segundo



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

18/09/2019

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora LUZ MARY QUICENO RAIGOZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **63460588**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número

0000000091056309

Saldo a la fecha

824.03 Pesos

Fecha de apertura

10/04/1997

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 63.460.588
QUICENO RAIGOZA

APellidos
LUZ MARY
Nombres



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1969

LA VIRGINIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. GRUPO SANGUINEO

F
SEXO

31-DIC-1990 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2701900-00652618-F-00634605

0041985951A 1

43016772