

*Acuenta Tru*

AC(03) 26573246



MIN	1	5	MAX
		<input checked="" type="checkbox"/>	



**CONTRATO DE TRANSACCION EN R.C.E. DAÑOS.**

**No. de Siniestro 49733552 MJP072**

Entre los suscritos a saber **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, en su calidad de Aseguradora y quien en adelante se denominará ""Allianz Seguros"", y **LILIAN ANDREA GOMEZ GOMEZ** identificado con C.C. No. 31643949 expedida el....., domiciliado en la ciudad de Cali en la CARRERA 103 # 16 - 150 teléfono 3178835362, quien en adelante se denominará **EL RECLAMANTE**; hemos celebrado el presente contrato de transacción:

**PRIMERO. ALLIANZ SEGUROS** expidió la póliza de automóviles número 21806346, para asegurar el vehículo de placas USC881, propiedad de HERMEL YODAN ORTEGA MERCHANCANO.

**SEGUNDO.** El 9/7/2016, ocurrió un accidente de tránsito en el que se vieron involucrados los vehículos de placas **USC881** de propiedad de EL ASEGURADO y el de placas **MJP072** de propiedad de EL RECLAMANTE quien solicito a **ALLIANZ SEGUROS** la indemnización de todos los perjuicios probablemente derivados del accidente previamente descrito. EL ASEGURADO y **ALLIANZ SEGUROS** consideran que no deben tales perjuicios; sin embargo, dadas las circunstancias del hecho, convienen en esta transacción para precaver un litigio eventual o para terminar extrajudicialmente uno pendiente.

**TERCERO.** Que en virtud de la póliza de automóviles No. 21806346, con cargo al amparo de responsabilidad civil, hemos transado por la suma de \$ 70168217 (**SETENTA MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS**) sin descuentos ni retenciones, como pago total y único a manera de indemnización de todos los daños, perjuicios y demás sumas que eventualmente EL RECLAMANTE hubiere podido solicitar o recibir con ocasión del citado accidente, sin que dicho pago implique admisión de responsabilidad alguna; valor que recibirá una vez la Aseguradora realice sus trámites internos, correspondientes al giro de dicha suma, a más tardar dentro de los 10 días hábiles siguientes.

**CUARTO.** En consecuencia de lo anterior y en virtud de la Póliza de Automóviles 21806346, con cargo al amparo de responsabilidad civil, hemos llegado a un acuerdo económico total y definitivo por concepto de indemnización por todos los perjuicios materiales y morales, daño emergente, lucro cesante moral, objetivo y subjetivo. Por esta razón, declaro a paz y salvo y libre de ulteriores reclamaciones a **ALLIANZ SEGUROS S.A. , ASEGURADO, PROPIETARIO Y CONDUCTOR**; en caso de presentarse el propietario o alguna persona natural o jurídica que demuestre propiedad o tenencia del bien, a reclamar los daños ocasionados, así mismo, me comprometo personalmente a rembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

**QUINTO.** Así mismo, declaro libre de toda responsabilidad a **ALLIANZ SEGUROS S.A.** por la calidad y estabilidad de la reparación, así como de los futuros inconvenientes que se puedan presentar por la reparación con elementos no adecuados. También declaro libre de toda responsabilidad a **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS**, en caso que la reparación realizada presente problemas, que no haya quedado bien reparada y/o por los daños que se llegaren a causar o se hayan causado a terceros con la reparación de los daños ocasionados en el accidente.

El presente documento se firma en la ciudad de CALI a los 7 dias de Marzo

*[Signature]*  
**ALLIANZ SEGUROS S.A.**  
**LILIAN ANDREA GOMEZ GOMEZ**  
C.C. 31643949  
07 MAR 2017  
SE RECIBE PARA ESTUDIO  
NO IMPLICA ACEPTACION

*[Signature]*  
Responsable Compañía  
**ALVARO RODRIGUEZ**  
07 MAR 2017  
**CENTRAL DE LIQUIDACION**





### DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



6811

#### Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el siete (07) de marzo de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Doce (12) del Círculo de Cali, compareció:

LILIAN ANDREA GOMEZ GOMEZ, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #0031643949, presentó el documento dirigido a Allianz y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



83bfc6xs0ufh

07/03/2017 - 15:04:12:650

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.



MARIA MERCEDES LALINDE OSPINA  
Notaria doce (12) del Círculo de Cali





# 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:  Póliza:  Ciudad:  Fecha:

## Vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Indique los vínculos existentes entre tomador, asegurado, afianzado y beneficiario  
 Familiar  Comercial  Laboral  Otro  ¿Cuál?

### Persona Natural

Primer apellido **GOMEZ** Segundo Apellido **GOMEZ** Nombres Completos **LILIAN ANDREA**

### Documento de Identidad

Fecha de expedición  Lugar de expedición

Personas Nacionales  
 Cédula  T.I.  NIT.  NUJIP   
 No **31.643.949**  
 Género M  F

Personas Extranjeras  
 C. Extranjería  Pasaporte  Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext.   
 No   
 Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

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

Fecha de nacimiento **22-09-79** Lugar de nacimiento **CALI** Nacionalidad 1: **COLOMBIANA** Dirección de Residencia **Kra 103 # 16-150** E-mail **Juanpablobernal2010@gmail.com**

Ciudad **CALI** Teléfono **370 4823** Oficio o profesión **PSICOLOGA** Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja  Teléfono  Dirección comercial  Ciudad **CALI**

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

Actividad económica **SUPERVISIÓN DE CULTIVOS DE CAÑA Y GANADERÍA** Código CIU

Ingresos Mensuales (Pesos) **\$6.500.000** Egresos mensuales (Pesos) **\$3.000.000**

Activos (Pesos)  Pasivos (Pesos)

Patrimonio (Pesos)  Otros Ingresos (Pesos)

Concepto otros ingresos

### Persona Jurídica

Nombre o razón social  Nit.

Oficina principal: Dirección  Ciudad  Teléfono  Fax

Tipo de empresa  Sector de la economía  Cuál

Actividad económica  Código CIU

### 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 Tipo de Identificación es "CE" u "OTRO" informe nacionalidad del accionista
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			

Descripción de la Actividad económica  Código CIU

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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál	Indique otras operaciones			
<b>Productos financieros en el exterior</b> ¿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	
<b>Información sobre reclamaciones en seguros</b> Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años							
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado			
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado			
<b>Observaciones por parte del cliente</b>							

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 LILIAN ANDREA GOMEZ G. identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 14'837.171 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 CONSULTAS DE TRANSACCIONES en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a CONSULTAS DE TRANSACCIONES identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No 14'837.171 con nacionalidad 1 COLOMBIANA nacionalidad 2 COLOMBIANA 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.

**BBVA**      001307210200514388

Código Entidad Financiera (según relación)	013	Número de Cuenta (validar según relación)	001307210200514388	Tipo de Cuenta	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input checked="" type="checkbox"/>
--	-----	---	--------------------	----------------	--

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.

**Bancolombia:**      **Tarjeta Allianz:**

Cheque  Efectivo

Nota: Para el pago en cheque recuerde que tiene cuarenta y cinco (45) días para reclamarlo.  
 Si usted es una persona natural recuerde que el monto máximo a pagar en efectivo es de diez millones de pesos (\$10.000.000), si supera este valor la totalidad del pago se hará a través de cheque.  
 Si usted es una persona jurídica recuerde que la totalidad del pago se hará a través de cheque.

### Declaraciones y Autorizaciones

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de LILIAN ANDREA GOMEZ G. 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.): SUPERVISIÓN DE CULTIVOS DE CAJAMAIZO 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., FIDUCIARIA COLSEGUROS 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 DATACRÉDITO y CIFIN, 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:** 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: (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 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 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](http://www.allianz.co)

**6. 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

<b>FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO</b>	
	
Nombre: <u>LILIAN A. GOMEZ GOMEZ</u> C.C. No. <u>31.643.349</u>	

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 Corpibanca	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Cañadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco Colpatria	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
Daviivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Cooimea	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.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.643.949**

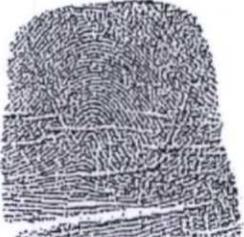
**GOMEZ GOMEZ**  
 APELLIDOS

**LILIAN ANDREA**  
 NOMBRES

*[Handwritten Signature]*  
 FIRMA



**ORIGINAL DEFECTUOSO**  
 CENTRO DE GESTIÓN DOCUMENTAL



INDICE DERECHO

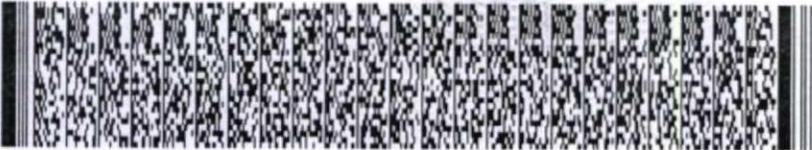
FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1979**

**CALI**  
 (VALLE)  
 LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63**      **A-**      **F**  
 ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**04-MAY-1999 BUGA**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten Signature]*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3102200-00160001-F-0031643949-20090624      0012796415A 1      99296528