



**CONTRATO DE TRANSACCIÓN RCE LESIONES
RECLAMACIÓN No. 134549297
PLACA FNQ346**

Entre los suscritos a saber **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A.**, (quien adelante se denominará la aseguradora), en su calidad de Compañía aseguradora del vehículo matriculado con placas **FNQ346**, de propiedad de **EQUIRENT BLINDADOS LTDA**, quien en adelante se denominará **EL ASEGURADO**, los señores **LUIS ENRIQUE CORTES CABEZAS**, identificado con C.C. No. 1.004.611.083, domiciliado en la ciudad de Tumaco, en calidad de víctima indirecta, **NUBIA DANIELA CORTES CABEZAS** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.004.611.089, domiciliada en la ciudad de Tumaco, en calidad de víctima indirecta, **JAIR ANTONIO CORTES CABEZAS** identificado con C.C. 1.004.611.087 domiciliado en la ciudad de Tumaco en calidad de víctima indirecta, **MARIA YADIRA CORTES CABEZAS** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.004.614.992 domiciliada en la ciudad de Tumaco en calidad de víctima indirecta, la señora **JHOANA PAYAN HURTADO** identificada con cedula de ciudadanía No. 27.366.707 domiciliada en la ciudad de Tumaco en calidad de víctima indirecta y finalmente su apoderada la Doctora **DAYANA CAROLINA CORTÉS NOGUERA**, vecina de la ciudad de Tumaco, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.144.096.214 de Cali, abogado titulado con la tarjeta profesional de abogado No. 357.259 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes en adelante se denominarán el **TERCERO** hemos celebrado el presente contrato de transacción que contiene las siguientes cláusulas:

PRIMERA. LA ASEGURADORA, expidió la póliza de automóviles No. 23231161/120 para asegurar el vehículo de placa FNQ346, marca Mitsubishi, propiedad de **EQUIRENT BLINDADOS LTDA**.

SEGUNDA Que el día 19 de diciembre de 2023 a la altura del kilómetro 92 en el municipio de Tumaco Nariño en el sector de La Exportadora, se presentó un accidente de tránsito, en el que se vieron involucrados, el vehículo asegurado de placas **FNQ346**, conducido por **ANDRÉS FELIPE MOLANO** y la motocicleta de placa **EDE54E**, conducida por **JOSÉ ENRIQUE CORTES PRECIADO** y quien falleció como consecuencia del accidente de tránsito.

TERCERA. Que en virtud de la póliza de automóviles número 23231161/120 de la cual el tomador es **EQUIRENT BLINDADOS LTDA** de **LA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS S.A.** con cargo al amparo de Responsabilidad Civil Extracontractual, pagará por concepto de indemnización de todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales entendiéndose materiales, daño emergente consolidado y futuro, lucro cesante consolidado y futuro y daño moral, daño a la vida de relación, daño a la salud y cualquier otro daño reconocido legalmente, como consecuencia del accidente antes mencionado; la suma de **\$110.000.000** valor que abarca el 100% de las pretensiones de la reclamación. Suma que pagará Allianz Seguros S.A. conforme al contrato de seguro, sin que dicho pago implique admisión de responsabilidad alguna; dentro de los 10 días hábiles siguientes a la entrega a LA ASEGURADORA de este documento firmado y autenticado por el **TERCERO Y SU APODERADO**, junto con el documento de autorización de pago.

La anterior suma de dinero se cancelará dentro de los diez días a la firma del presente documento, siempre y cuando se entregue a LA ASEGURADORA este documento firmado y autenticado por **EL TERCERO Y SU APODERADO**.

CUARTA. Autorización de pago: EL TERCERO autoriza expresamente a LA ASEGURADORA **Allianz Seguros S.A.** para que se cancele el valor acordado de la siguiente manera:

- A. De acuerdo con la autorización libre y voluntaria de LOS TERCEROS, en la cuenta de ahorros No. 894 368 407 22 de Bancolombia, cuyo titular es el señor Luis Enrique Cortes Cabezas, identificado con CC. No. 1.004.611.083 la suma de sesenta y un millones seiscientos mil pesos M/cte. **(\$61.600.000)** por concepto de indemnización.
- B. De acuerdo con la autorización libre y voluntaria de LOS TERCEROS, en la cuenta de ahorros No. 894 507 115 10 de Bancolombia cuyo titular es la señora Dayana Carolina Cortes Noguera, identificada con CC. No. 1.144.096.214, la suma de treinta y tres millones de pesos M/cte. **(\$33.000.000)** por concepto de honorarios.
- C. De acuerdo con la autorización libre y voluntaria de LOS TERCEROS, en la cuenta de ahorros No. 894 699 623 94 de Bancolombia, cuyo titular es la señora Jhoana Payan Hurtado, identificada con CC. No. 27.336.707 la suma de quince millones cuatrocientos mil pesos M/cte. **(\$15.400.000)** por concepto de indemnización.

QUINTA. EL APODERADO, se obliga a diligenciar completamente el formato de pagos por transferencia y a suministrar la información correcta y/o completa correspondiente a los datos de la cuenta bancaria para que la compañía pueda cumplir a cabalidad con el acuerdo de pago. En caso de error en los datos bancarios suministrados por EL APODERADO, LA ASEGURADORA, se exime de toda responsabilidad y procede con la devolución de los documentos de la transacción directamente a la dirección que indiquen EL TERCERO Y SU APODERADO; caso en el cual una vez corregidos por EL APODERADO y recibidos nuevamente por LA ASEGURADORA, EL TERCERO Y SU APODERADO recibirán el pago de la transacción dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

SEXTA. PERSONAS CON IGUAL O MEJOR DERECHO. EL TERCERO Y SU APODERADO, manifiestan mediante el presente acuerdo que no existe(n) persona(s) con igual o mejor derecho para recibir el pago de la presente indemnización y que en caso de existir alguna se comprometen personalmente a reembolsar a dicha(s) persona(s) cualquier suma que le sea exigida en la proporción de ley, exonerando de cualquier responsabilidad a El Tomador, Beneficiario, Asegurado, Propietario, El Conductor, La Aseguradora y renuncian expresamente a presentar cualquier reclamación extrajudicial o judicial que por cualquier concepto exista o llegare a existir como consecuencia de los hechos objeto de ésta transacción.

SÉPTIMA. RESPECTO DE LA INDEMNIZACIÓN Y DESISTIMIENTO: En virtud del pago al que se obliga ALLIANZ SEGUROS S.A por medio del presente contrato, EL TERCERO Y SU APODERADO declaran íntegramente satisfechas las obligaciones derivadas o que pudieran derivarse del siniestro citado, absteniéndose de iniciar o continuar cualquier acción judicial, civil, administrativa y/o penal por sí mismos o interpuesta por persona en contra ALLIANZ SEGUROS S.A y/o (ASEGURADO Y CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO), y se obliga a presentar los correspondientes PAZ Y SALVOS, (desistimiento, conciliación, transacción o documento de indemnización integral según sea

el caso para incidentes), así como ratificar ante los despachos judiciales a los que haya lugar, que el pago fue realizado por ALLIANZ SEGUROS S.A. Igualmente EL TERCERO manifiesta que el presente contrato podrá ser presentado ante los despachos judiciales como solicitud de terminación de los procesos que cursen con ocasión al siniestro en mención.

OCTAVA. Esta transacción genera los efectos de cosa juzgada, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2469 y siguientes del Código Civil; del artículo 312 del Código General del Proceso y genera la extinción de la acción penal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82 No. 7 del Código Penal, en concordancia con el artículo 77 de la Ley 906 de 2004. En el evento en que EL TERCERO, proceda judicialmente a reclamar los perjuicios transidos, pagarán a título de cláusula penal el doble de la suma recibida, sin perjuicio de las acciones legales por los perjuicios causados a El Tomador, Beneficiario, Asegurado, Propietario, Conductor y La Aseguradora.

NOVENA: RESPECTO DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA. Es responsabilidad exclusiva de EL APODERADO, consignar información correcta en el formato de pago, en caso de que los datos suministrados estén errados o incompletos, la compañía se exonera de toda responsabilidad por el incumplimiento del pago del acuerdo dentro del término establecido.

DÉCIMA. TRATAMIENTO DE DATOS. Mediante el presente acuerdo y con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, acepto el tratamiento como recolección, uso, almacenamiento y circulación sobre mis datos personales de identificación, contacto y datos sensibles de salud, así como todos aquellos que llegaré a entregar a los responsables para las siguientes finalidades de tratamiento, de acuerdo con la política de protección de datos personales de las Compañías disponible en www.allianz.co: (i) conocer, evaluar y tramitar la reclamación de un siniestro por accidente de tránsito, lo que implica la identificación y validación de las personas involucradas así como la determinación de los daños y perjuicios ocasionados a bienes y personas; (ii) siempre que se acredite en debida forma ante los responsables la ocurrencia del siniestro, realizar el pago de la reclamación; (iii) dar cumplimiento a las instrucciones de las Superintendencia Financiera para la prevención del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y (iv) que circule mis datos personales con operadores y prestadores con quienes Allianz celebre contratos de transferencia o transmisión de datos y que sean necesarios para el cumplimiento de las finalidades del tratamiento.

En todo caso entiendo que las preguntas que me hagan sobre datos de sensibles de salud o de niños, niñas y adolescentes, tienen carácter facultativo y, por ende, no estoy obligado a responderlas. De igual forma, declaro entender que como titular de la información me asisten los derechos previstos en la ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos, salvo que exista una obligación legal o contractual de permanecer en la(s) base(s) de datos de Allianz y que estos derechos los podré ejercer presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ en Bogotá 6016065903 o a Nivel Nacional 018000514405 - Opción 9; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

El presente documento se firma en la ciudad de Tumaco, a los 13 días de enero de 2025.

Allianz 

Luis Cortes

LUIS ENRIQUE CORTES CABEZAS.
C.C 1.004.611.083 de Tumaco (Nariño).
En nombre propio como víctima indirecta.

Nubia Cortes

NUBIA DANIELA CORTES CABEZAS.
C.C 1.004.611.089 de Tumaco (Nariño).
En nombre propio como víctima indirecta.

Jair Cortes

JAIR ANTONIO CORTES CABEZAS.
C.C 1.004.611.087 de Tumaco (Nariño).
En nombre propio como víctima indirecta.

MARIA YADIRA CORTES

MARIA YADIRA CORTES CABEZAS.
C.C 1.004.614.992 de Tumaco (Nariño).
En nombre propio como víctima indirecta.

JHOANA PAYAN

JHOANA PAYAN HURTADO
C.C. 27.366.707 de Mosquera.
En nombre propio como víctima indirecta.

Dayana Cortes Noguera

DAYANA CAROLINA CORTES NOGUERA,
C.C. 1.144.096.214 de Cali.
T.P No. 357.259 del CS de la J.
Apoderado

LA ASEGURADORA, Allianz Seguros S.A.

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Luis Enrique Cortes
 quien se identificó con 1004611083
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Luis Cortes
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Nubia Daniela Cortes C.
 quien se identificó con 1004611089
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Nubia Cortes
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Jair Antonio Cortes
 quien se identificó con 1004611087
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Jair Cortes
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Maria Yadhira Cortes C
 quien se identificó con 1004614992
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Maria Yadhira Cortes
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Francisco Payan
 quien se identificó con 21.366.707
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Francisco Payan
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
LA NOTARIA UNICA DE TUMACO-NARIÑO

CERTIFICA

Que Danyara Carolina Cortes N.
 quien se identificó con 1144.096.214
 manifestó que reconoce expresamente el contenido de este documento y que la firma que en él aparece es la suya.
 En constancia, firma nuevamente y estampó la huella de su dedo índice derecho, en Tumaco, el día 13 ENE 2025
 (La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Danyara Cortes Noguera
 Elsa Mirreya Salazar Rodríguez
 Notaria



CORTÉS SÁNCHEZ

DERECHO & NEGOCIOS

SEÑOR:

FISCALIA CINCUENTA Y SIETE (57) SECCIONAL
TUMACO- NARIÑO
E. S. D.

REFERENCIA: Desistimiento de la acción penal.

Radicado: 52 835 6000 538 2023 95210

Conducta Punible: Homicidio Culposo Agravado Art. 109, 110 No. 6 C.P.

Procesado: Andres Felipe Molano Armero.

DAYANA CORTÉS NOGUERA identificada con cedula de ciudadanía No.1.144.096.214 de Cali (V), abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 357259 del C.S.J. como apoderada judicial y **LUIS ENRIQUE CORTES CABEZAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía 1.004.611.083 de Tumaco (N), **NUBIA DANIELA CORTES CABEZAS**, identificada con Cédula de Ciudadanía 1.004.611.089 de Tumaco (N), **JAIR ANTONIO CORTES CABEZAS**, identificado con Cédula de Ciudadanía 1.004.611.087 de Tumaco (N), **MARIA YADIRA CORTES CABEZAS** identificada con Cédula de Ciudadanía 1.004.614.992 de Tumaco (N), **JHOANA PAYAN HURTADO** identificada con Cédula de Ciudadanía 27.366.707 de Mosquera (N) como víctimas indirectas del proceso en curso, manifestamos al ente acusador que a través del contrato de transacción firmado el día 13 de enero del año 2025, llegamos a un acuerdo expreso, libre y voluntario con la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** sobre la indemnización de todos los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales derivados del accidente de tránsito ocurrido el día 19 de diciembre del año 2023, donde perdió la vida el señor **JOSÉ ENRIQUE CORTES PRECIADO (Q.P.D.)**, al ser embestido por el vehículo de placas **FNQ346**, conducido por el señor **ANDRES FELIPE MOLANO ARMERO**.

Por razón de lo anterior, la suscrita y las víctimas indirectas desistimos de dar continuidad a la acción penal puesta en conocimiento de la Fiscalía cincuenta y siete (57) seccional de Tumaco, dado que, con dicha indemnización las víctimas se consideran reparadas integralmente de los daños ocasionados con la ejecución de la conducta punible.

El presente desistimiento implica tanto la acción civil, penal, administrativa o cualquier otra que se hubiere podido generar, puesto que los daños se entienden reparados integralmente con la suma señalada en la cláusula tercera del contrato de transacción.

Suscribimos el presente documento a los catorce (14) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

VICTIMAS.

LUIS ENRIQUE CORTES CABEZAS
1.004.611.083 de Tumaco (N)



CORTÉS SÁNCHEZ

DERECHO & NEGOCIOS

Nubia Cortes

NUBIA DANIELA CORTES CABEZAS.
1.004.611.089 de Tumaco (N)

Jair Cortes

JAIR ANTONIO CORTES CABEZAS.
1.004.611.087

Maria Yadiria Cortés.

MARIA YADIRA CORTES CABEZAS
1.004.614.992 de Tumaco (N)

Jhoana Payan

JHOANA PAYAN HURTADO
27.366.707 de Mosquera (N)

APODERADA.

DAYANA CORTES NOGUERA
C.C. 1.144.096.214. de Cali (V).
T.P. 357.259 del C.S.J.



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (Individualización del producto):

Tomador - Asegurado

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

Tomador - Beneficiario

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

Asegurado - Beneficiario

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 900.077.046-1, Allianz Seguros S.A. NIT: 900.077.123-5

VIGILADO

Persona Natural			
Primer apellido	Cortes	Segundo Apellido	Cabezas
Nombres Completos		Luis Enrique	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		
No	1.004.611.083	No	
Fecha de expedición	10-12-14	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.	
Lugar de expedición	Tumaco	No	
Fecha de nacimiento	29-07-1996	Lugar de nacimiento	Tumaco
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de Residencia	Barrio Obispo
Ciudad	Tumaco	Teléfono	
E-mail	luisitocortes@gmail.com		
Celular	317 5780057		
Oficio o profesión	Trabajo independiente		Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Empresa donde trabaja	Cargo		Teléfono
Dirección comercial			Ciudad
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Actividad económica	Mecánico		Código CIIU
Ingresos Mensuales (Pesos)	\$ 1.500.000		Egresos mensuales (Pesos)
\$ 900.000		Activos (Pesos)	\$ 4.500.000
Pasivos (Pesos)		\$ 4.000.000	
Patrimonio (Pesos)	\$ 0		Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido		Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social			NIT
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica			Código CIIU
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido		Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

VERSIÓN 2-04-2019

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final): Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente. Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <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"/>		

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
--	--	------	---------------------------

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	Moneda	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	--------	--------	------	--------

Información sobre reclamaciones en seguros

(Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años)

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

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Dedicaciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y ORÍGENES: Otorgado en nombre propio o en representación de LUIS ENRIQUE CORTEZ C., 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.): INGENIERIA; 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 CELEBRIDADES S.A. y/o COLSENAUTO S.A., incluyendo sus matrices, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinaron 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 mantener propiamente 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 tengo 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 centralizados de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradoras de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude - INSUREF y a las Compañías, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:


(I) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión o al anterior, la Compañía podrá compartir a la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☐ Si ☒ No

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, modificar y solicitar expresión a sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el titular de los datos personales que sean o hayan sido tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: 1) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: 4265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); 2) Requerimiento escrito al Titular de la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; 3) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioscliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio le amitte.

<p>4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, sus derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la firma para determinar las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.</p> <p>5. ENTREGA DE CONDICIONES: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo documento así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negativas.</p> <p>6. DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio le amitte.</p>	<p>Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo el presente documento.</p> <p><u>Luis Cortez</u></p> <p>Firma del cliente o apoderado</p>	
--	---	---

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p>(Intermediario o funcionario al el negocio es directa):</p> <p>Nombre/Razón Social: _____</p> <p>Código No. / Cargo del funcionario: _____</p>	<p>Lugar (Especifique): _____</p> <p>Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Resultado: APROBADO <input checked="" type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/></p>	<p>Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____</p> <p>Firma: _____</p>



Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? ☐ SI ☒ NO
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

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

Tomador
Nombre o razón social: Luis Enrique Cortés Cabezas Nit. / C.C.: 1004611083
Oficina principal: Dirección: Barrio Obrero Ciudad: Tumaco Teléfono: 3175780057

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)
Primer apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
Tipo de documento: _____ N°: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Alianz Seguros S.A./Alianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): 007 Número de Cuenta (validar según relación): 89436840722 Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☒ Ahorro

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 veintitrés (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Alianz:

Cheque ☐ Efectivo ☐

Diligencia número y tipo de cuenta o seleccione pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 18 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 8085903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerita.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Alianz Seguros S.A. y Alianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Luis Enrique Cortés C.
C.C. No.: 1004611083

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
CEBANK	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BIVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Socobanco 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
Devivente	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pákinche	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Franshies S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha: DIA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:
Tomador - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:
Asegurado - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.028.182-8 OF COCUIBETA

Persona Natural			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Payan	Hurtado	Jhacina	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación válido y vigente en el país BMISOR con el cual ingresó a Colombia:
No	No		No
27 366 707	No		
Fecha de expedición	Lugar de expedición		
13-05-2003	Mosquera		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
13-12-1983	Call	Colombiana	Barrio Obrero
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Tumaco		joha.payan12@hotmail.com	323 361 1572
Oficio o profesión	Actividad:		Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Cocinera			
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono	
Dirección comercial		Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Actividad económica		Código CIIU	
Cocinera			
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)		
\$ 600.000	\$ 400.000		
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)		
\$ 600.000	\$ 1.000.000		
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)		
\$ 0.			
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social		Nit.	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIIU		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

Versión 24/4/2019

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directo o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)			
Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación		Número
	C.C. <input type="checkbox"/> T.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.A. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		

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"/>		Indique otras operaciones		
Productos financieros en el exterior						
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
Información sobre reclamaciones en seguros						
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años						
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado		
Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)						

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de JOHANA PACHECO TORRES, 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.): COMERCIOS; 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLONIAS S.A. y/o COLSEGURO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinaron 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 la 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 tengo 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 centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradoras de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FasecolDA-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solvencia de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se derivan o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☐ No ☒

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 5); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

JOHANA PACHECO TORRES
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No./ Cargo del funcionario: _____		



Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? ☐ SI ☒ NO ☒ X
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO ☒ X
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO ☒ X
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO ☒ X

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

Tomador
Nombre o razón social: Jhoana Payan Hurtado NIT /C.C.:
Oficina principal: Dirección: Barrio Obispo Ciudad: Tumaco - Nariño Teléfono: 323 361 1572

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)
Primer apellido: Segundo apellido: Nombres Completos:
Tipo de documento: N°: Dirección: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): 003 Número de Cuenta (validar según relación): 89469962394 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 veintitrés (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 DE INDEMNIZACIÓN POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz:
Cheque ☐ Efectivo ☐ ☐ Diligenciar número y tipo de cuenta o seleccionar pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 8065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: I) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); II) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y III) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Jhoana Payan
Nombre: Jhoana
C.C. No. 27366707

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	008	10 dígitos	10 dígitos
Banco QNB Sudamerica	012	9 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Coltefin	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
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AU Vitas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Commerz	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Financiera S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

Tomador - Beneficiario

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

Asegurado - Beneficiario

☐ Familiar

☐ Comercial

☐ Laboral

☐ Otra

Cuál:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT 960.027.404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT 960.026.152-9 - SU COLUMBIA

Persona Natural			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Cortes	Labetas	Jair Antonio	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		
No	No		
No	No		
Fecha de expedición	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
26-04-18			
Lugar de expedición	Lugar de nacimiento		
Tumaco	Tumaco		
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia	
06/09/98	Colombiano	Barrio Obispo	
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Tumaco		Cortejair17@gmail.com	3175789256
Oficio o profesión	Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>		
Trabajo Independiente			
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono	
Dirección comercial		Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Actividad económica		Código CIIU	
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)	
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)	
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social		NIT	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIIU		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

VERSIÓN 1-03-2019

"Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directo o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación		Número	% de participación
	C.C. <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"/>			

Ingresos Mensuales (Pesos)	Ingresos 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 _____

¿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
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Jair Cortes 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.): Por las actividades de comercio; 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIAS A.YO COLSENAUTO S.A., incluyendo sus filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinan 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 tengo 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, sólido, proceso, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos centralizados de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO Y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVSEFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se derivan o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, aseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI ☐ No ☒

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 134 No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Jair Cortes
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):	Lugar (especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: _____ Clave No. / Cargo del funcionario: _____		



Seguro estamos.

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifica:
¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

Tomador	
Nombre o razón social	Jair Antonio Cortes Cabezas
Oficina principal: Dirección	Barrío obrero
Ciudad	Tumaco
NIT / C.C.	1004611087
Teléfono	3175789256

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)		
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombre Completos
Tipo de documento	N°	Dirección
Ciudad		Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Alianz Seguros S.A./Alianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
		<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro

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 veintitrés (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 DELEGADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE REGAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: ☐ Tarjeta Alianz: ☐

Cheque ☐ Efectivo ☐ ☐ Diligencia número y tipo de cuenta o selección pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Alianz Seguros S.A. y Alianz Seguros de Vida S.A., identificadas con NIT 860.028.162-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor; ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
Jair Cortes	
Nombre:	Jair Antonio Cortes C
C.C. No.	1004611087

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		COMERCIANTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Cibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudamérica	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colombia	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
Devilinda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Inditavia	090	9 dígitos	9 dígitos
Commerz	061	12 dígitos	12 dígitos
Fisabank S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha: DIA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>

Persona Natural			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Cates	Cabezas	Maria Yadira	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		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	No		No
1.004.614.992			
Fecha de expedición	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
20-11-2020			
Lugar de expedición			
Tumaco			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
24-05-2002	Tumaco	Colombiana	Barrio Obrero
Ciudad	Tumaco	E-mail	Celular
		mc158078@gmail.com	314 5014522
Oficio o profesión	Actividad:		Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Trabajo independiente			
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono	
Dirección comercial		Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Actividad económica		Código CIIU	
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)	
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)	
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social		Nit.	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica		Código CIIU	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación		Número	% de participación
	C.C. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			

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 ☐ Cui ☐ 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
Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obando en nombre propio o en representación de MARIA YADIRA CORTÉS C., 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.) Antes de CUA; 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIAS A. y/o COLSEFAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "Las Compañías") no se destinaron 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, admitiendo 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 tengo 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 las operadoras de bancos de datos o centrales de información autorizadas por la legislación, incluidos DATACREDITO y CRIF, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude - INF y a Inversiones FASECOLD-INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(I) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☐ Si ☒ No ☐

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de las siguientes canales de comunicación, el titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #205 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Identificación
Reseña del Cliente

MARIA YADIRA CORTÉS
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):	Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Observaciones: _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____
Nombre/Razón Social: Clave No. / Cargo del funcionario:		

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejas recursos públicos? ☐ SI ☒ NO ☒ X
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO ☒ X
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO ☒ X
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO ☒ X

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

Tomador
 Nombre o razón social: **Maria Yadira Cortes Cabezas** Nit. C.G. **1004.64.992**
 Oficina principal: Dirección **Barrio Obrero** Ciudad **Tumaco** Teléfono **314 5014522**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligencian las personas jurídicas)
 Primer apellido: Segundo apellido: Nombres Completos:
 Tipo de documento: N°: Dirección: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a él.

Código Entidad Financiera (según relación): Número de Cuenta (validar según relación): 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 veintitrés (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 DEBIDAMENTE POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDA LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz: ☐ Efectivo ☐ Cheque ☐ Diligencia número y tipo de cuenta o selecciona pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.
SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000). SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.
SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logra 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: 8065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.


Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center: Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #285 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: serviciosccliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

 Nombre: **Maria Yadira Cortes Cabezas**
 C.C. No. **1004.64.992**

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		COMENTARIO	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Populista	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	008	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpetrie	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
Devivencia	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Al Villas	062	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falsabla S.A.	065	10 dígitos	10 dígitos
Fluorinda S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:
Tomador - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:
Asegurado - Beneficiario ☐ Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra ☐ Cuál:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 900.077.044-1 - Allianz Seguros S.A. NIT: 900.026.142-5
VIGILADO

Persona Natural			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Cortes	Cabrera	Nobia Daniela	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		
No	No		
1004611089			
Fecha de expedición	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
27-05-13			
Lugar de expedición	No		
Tumaco			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
13-12-1994	Tumaco	Colombia	Candelilla
Ciudad	Tumaco	Teléfono	Celular
			3106486109
Oficio o profesión	Actividad:		Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Trabajo independiente			
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono	
Dirección comercial		Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Actividad económica		Código CIIU	
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales (Pesos)	
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)	
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)	
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social		NIT	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica		Código CIIU	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección		Ciudad	Teléfono

Versión: 2402019

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación		Número	% de participación
	C.C. <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"/>			

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"/>	CuM	Indique otras operaciones
--	--	-----	---------------------------

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

Información sobre reclamaciones en seguros
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.

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

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obviando en nombre propio o en representación de Nuvia Cortes, 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, oficio, actividad, negocio, etc.): TRABAJO DE CASA 2) Que los recursos que se derivan del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COSEGUROS A.Y.O. COSEGURO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinaron 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; 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 tienen 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 tengo 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, administren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos centralizados de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CRIF, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda-INVERTAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de la información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean exigibles a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, Intermediarios, Reaseguradores, conaseguradores, operadores y proveedores de servicios con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si ☐ No ☒

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

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si ☐ No ☒
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada; ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #285 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus puntos y firmo el presente documento.

Nuvia Cortes

Firma del cliente o apoderado

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al que negocio es directa):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input checked="" type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones: Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Código No. / Cargo del funcionario:		



Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha: DIA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación ☐ Actualización ☐

Clase de cliente: Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Apoderado ☐

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto):

Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál:	<input type="text"/>

Persona Natural			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Cortés	Noguera	Dayana Carolina	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>		
No	No		
1144006214			
Fecha de expedición	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
25-05-15			
Lugar de expedición	No		
cali			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
19-05-1997	Tumaco	Colombiana	Calle Mercedes frente a los buñuelos.
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular
Tumaco		dayanajuridico@hotmail.com	3023763925
Oficio o profesión	Actividad:		Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Abogada			
Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono	
Dirección comercial	Ciudad		
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:			
Actividad económica	Código CIIU		
Asesoramiento y representación jurídica.	6910		
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)		
\$ 4.000.000	\$ 4.000.000		
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)		
\$ 10.000.000	\$ 29.000.000		
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)		
\$ 20.000.000			
Concepto otros ingresos			
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Persona Jurídica			
Nombre o razón social		Nit.	
Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Sucursal o agenda: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
Actividad económica	Código CIIU		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:			
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directo o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que cotiza.

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <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"/>		

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 Relación a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

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

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y OBIETOS: Obrando en nombre propio o en representación de Dayana Carolina Cortés 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 oficial, actividad, negocio, etc.): profesional del derecho; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERALTO 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; 5) Que me comprometo 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, incluída 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 autorizadas por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIPRA, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDIA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecoldia-INVBRAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solvencia de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de la información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI ☐ No ☒

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

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

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada; ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #255 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 0); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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

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

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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Dayana Carolina Cortés Noguera

Firma del cliente o apoderado

Huella digital Derecha: Índice Izquierda: Anular



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario al el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones: Nombre de la persona que le realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones: Nombre de la persona que le realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		

Autorización de pagos

¿Por tu cargo o actividad manejes recursos públicos? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu actividad u oficio, gozas de reconocimiento público general? ☐ SI ☒ NO
 ¿Por tu cargo o actividad ejerces algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO
 ¿Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? ☐ SI ☒ NO

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

Tomador
 Nombre o razón social: Dayana Carolina Cortés Noguera NIT / C.C.: 1.144.096.214
 Oficina principal: Dirección Ciudad: Tumaco - Nariño Teléfono: 302 376 3925

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)
 Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos:
 Tipo de documento: N°: Dirección: Teléfono:

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.
 NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.

Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a sí.

Código Entidad Financiera (según relación): 607 Número de Cuenta (validar según relación): 89450711510 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 veintitres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DELEGADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDÓ LA PRIMA.

Bancolombia: Tarjeta Allianz: ☐ Cheque ☐ Efectivo ☐ Diligencie número y tipo de cuenta o selección pago en cheque o efectivo (efectivo máximo 10 millones)

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDA QUE TIENES CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO.

SI ERES UNA PERSONA NATURAL, RECUERDA QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

SI ERES UNA PERSONA JURÍDICA, RECUERDA QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLD, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logra formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., identificados con NIT 880.026.182-5 y 880.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 - 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO
Dayana Cortés Noguera
 Nombre: Dayana Carolina Cortés N.
 C.C. No. 1.144.096.214

Códigos entidad financiera

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	008	10 dígitos	10 dígitos
Banco QNB Sudamerica	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Santander BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colombia	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Danubio	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
A/ Vitas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Commerz	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Financiera 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.



Certificado Bancario

Martes, 24 de diciembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DAYANA CAROLINA CORTES NOGUERA identificado(a) con CC 1144096214, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	89450711510	2023/03/29	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BOGOTÁ, D.C. 2024. AÑO 100. BANCOLOMBIA S.A. ENTIDAD FINANCIERA AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Certificación Bancaria

Martes, 17 de diciembre de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JHOANA PAYAN HURTADO** identificado(a) con CC. **27366707** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	894-699623-94	2024/07/19	Activa

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

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

BANCOLOMBIA S.A. Línea Verde L. Bancaria

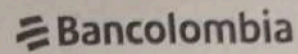
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

Certificación Bancaria



Tumaco, 23 de Diciembre de 2024.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS ENRIQUE CORTES CABEZAS identificado(a) con CC No. 1004611083 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

	Nombre Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN PREMIUM	89436840722	2022/05/17	A ACTIVA

BANCOLOMBIA S.A. Es una institución Bancaria

BANCOLOMBIA S.A.

Supervisada por la Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1-866-379-9714).

Grupo Bancolombia

Página 1/1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.611.083**

CORTES CABEZAS

APELLIDOS
LUIS ENRIQUE

NOMBRES
Luis Enrique

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1996**

TUMACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-DIC-2014 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2313900-01082057-M-1004611083-20190709 0066154709A 2 9908752541

CEDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PAYAN HURTADO

NUIP 27.366.707

Nombres
JHOANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 DIC 1983

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CALI (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
13 MAYO 2003, MOSQUERA

Firma

Jhoana Payan Hurtado

Fecha de expiración
13 DIC 2033

037713894



Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL037713894823094<<<<<<<<<<
8312170F3312131COL27366707<<<6
PAYAN<HURTADO<<JHOANA<<<<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.614.992
CORTES CABEZAS

APELLIDOS
MARIA YADIRA

NOMBRES
MARIA YADIRA CORTES

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-2002
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2020 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2313900-01181856-F-1004614992-20201124 0072569013A 1 8501023750

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1994**
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-MAY-2013 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2313900-00452148-F-1004611089-20130723 0034091427A 1 40485293

Escaneado con GeoScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.611.089**
CORTES CABEZAS

APELLIDOS
NUBIA DANIELA

NOMBRES
Nubia cortes
FIRMA



**REPUBLICA DE COLOMBIA**
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


VER36837

NOMBRES: **DAYANA CAROLINA**
APELLIDOS: **CORTES NOGUERA**
Dayana Carolina Cortes Noguera

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO
[Signature]

UNIVERSIDAD
SANTIAGO DE CALI

FECHA DE GRADO
24/11/2020

CONSEJO SECCIONAL
NARIÑO

CEDULA
1144096214

FECHA DE EXPEDICIÓN
08/04/2021

TARJETA N°
357259

Powered by  CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.144.096.214**
CORTES NOGUERA
APELLIDOS
DAYANA CAROLINA
NOMBRES
Dayana Cortes
FIRMA



Powered by  CamScanner


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1997**
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-MAY-2015 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
[Signature]



P-3100100-00717101-F-1144096214-20150625 0044578148A 1 44483959

Powered by  CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.611.087

CORTES CABEZAS

APELLIDOS
JAIR ANTONIO

NOMBRES
Jair Cortes

FIRMA



Scanned with CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1998

TUMACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-ABR-2018 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YÁCHA

IMPORTE DERECHO



P-23139900-01005714-M-1004611087-20180516 0061195601A 1 50569055

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner