



06 FEB 2025

RECIBIDO  
NO IMPLICA ACEPTACION

## ACTA DE ACUERDO DE CONCILIACIÓN

**Radicado:** 2024150536

**Convocante:** LILIANA MARITZA RODRÍGUEZ DIAZ  
C.C. / NIT.: 38.665.484  
Correo electrónico: LILIANA\_M\_RODRIGUEZ@YAHOO.COM

**Convocado:** ALLIANZ SEGUROS S.A.  
C.C. / NIT.: 860026182-5  
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

**ELVIA LILIANA CHICAGUY QUINTERO**, identificada con Cédula de Ciudadanía 20.965.317 y T.P. 344.213 del C.S.J., quién en la presente Audiencia de Conciliación Extrajudicial, en derecho, actúa como Conciliadora del Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia, y en virtud de la Ley 2220 de 2022, hace constar:

El 16 de octubre de 2024, con radicado **2024150536**, en el Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia fue recibida una solicitud de Conciliación Extrajudicial de la Señora **LILIANA MARITZA RODRÍGUEZ DIAZ**, identificada con cedula de ciudadanía número 38.665.484, como Convocante, con el objeto de solucionar las posibles diferencias con **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, con Nit. 860026182-5, como Convocado, con los siguientes antecedentes:

"(...)

### I. HECHOS

Un asegurado de esta compañía chocó mi carro, el abogado que llegó al lugar del siniestro concilió conmigo dandome un documento, donde debia ir a un taller hacer la valoración del daño para conocer el costo del daño, proceso que hice, al igual que ellos hicieron su evaluación, cuando les mando la cotización se niegan a pagar el valor del daño que emite mi taller, ofreciendome menos del cincuenta por ciento del costo justificando que no estan de acuerdo, a lo que les propongo que si no estan de acuerdo con la cifra, entonces me envíen a un taller certificado buscado por ellos, que arregle los daños y me deje mi carro en las condiciones que lo tenia, por ese valor, pero para esta opcion tambien se niegan y practicamente me obligan a que tengo que recibir el valor ofrecido por ellos, cubra o no el costo de la reparación. Adjunto envío cotización de mi taller, reconocimiento de la responsabilidad del asegurado en el lugar del siniestro y pantallazo de correo enviado por ellos donde se niegan a darme por lo menos el 50% de lo que mi taller me cobra por la reparación.

(...)"



## Superintendencia Financiera de Colombia

En virtud de la solicitud anterior, se programó Audiencia de Conciliación para el **29 de enero de 2025, a las 11:00 a. m.**, a través de la plataforma Microsoft Teams, a la cual fueron citados Convocante y Convocado.

En la fecha indicada comparecieron a la Audiencia de Conciliación virtual,

Como Convocante, la Señora **LILIANA MARITZA RODRÍGUEZ DIAZ**, identificada con cedula de ciudadanía número 38.665.484;

Como Convocado, **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, con Nit. 860026182-5, a través de su Apoderada Especial la Doctora **YULIANA VALENTINA JÁCOME DURÁN**, identificada con cedula de ciudadanía número 1.098.797.286 y T.P. 344.738 del C.S.J.

Una vez instalada la audiencia, explicando sus características, objeto y alcance y, surtidas las deliberaciones, de forma voluntaria, en un ambiente de cordialidad, imparcialidad y respeto, la parte Convocante y Convocada llegaron al siguiente ACUERDO CONCILIATORIO, el cual se registrá por las cláusulas que a continuación se enuncian:

### ACUERDO DE CONCILIACION:

**CLÁUSULA PRIMERA:** La entidad **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, identificada con número de Nit. 860026182-5, realizará un pago por un valor de **TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE. (\$3.600,000)** a nombre de la Señora **LILIANA MARITZA RODRÍGUEZ DIAZ**.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** El pago se realizará a más tardar en (20) veinte días hábiles de la recepción física y electrónica de los siguientes documentos, a la dirección **Cali:** Av 6 a Bis # 35n-100 oficina 212, Centro empresarial Chipichape en la ciudad de Cali y a la **Dirección electrónica:** [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) y [yjacome@gha.com.co](mailto:yjacome@gha.com.co)

1. Formato de conocimiento del cliente
2. Formato de autorización pago indemnización
3. Certificación bancaria de la cuenta bancaria del convocante y/o apoderado con facultad de recibir.
4. Cédula ampliada al 150% del convocante.
5. Desistimiento de la acción penal autenticado y radicado ante la Fiscalía General de la Nación, **si es el caso.**
6. Acta del acuerdo conciliatorio.

**CLÁUSULA TERCERA:** Con el cumplimiento del presente acuerdo, las partes participantes de la presente Audiencia de Conciliación se declaran mutuamente a paz y salvo en relación con los hechos y pretensiones objeto de la actual conciliación, a partir de la fecha, se abstendrán de iniciar o promover procesos de cualquier naturaleza contra la otra parte en este sentido, y desistir de cualquier acción judicial o jurisdiccional que se haya iniciado, salvo la ejecución de los acuerdos aquí pactados.



## Superintendencia Financiera de Colombia

Las partes libremente manifiestan que aceptan el acuerdo anterior en su integridad y se responsabilizan de sus obligaciones, para lo cual el Conciliador avala, con su firma, dichas fórmulas de arreglo y reitera que el presente acuerdo hace tránsito a cosa juzgada y el acta de conciliación presta mérito ejecutivo.

El Conciliador recuerda a las partes el compromiso de informar el cumplimiento del presente acuerdo, o su eventual incumplimiento, al Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia para el registro de la efectividad de las audiencias celebradas, a través del correo electrónico: [jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co](mailto:jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co), dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al respectivo cumplimiento.

Toda vez que la Audiencia es objeto de grabación, se les informa a las partes que el acta y la grabación serán tramitados como documentos públicos, y se deja constancia de la correspondiente autorización de las partes, respecto al manejo de sus datos personales.

En consecuencia, se declara terminada la presente Audiencia de Conciliación, cuya acta se lee en su integridad y se acepta de manera virtual, por quienes en ella intervinieron.

La presente **ACTA DE CONCILIACIÓN** se expide el **29 de enero de a las 11 39 a.m.**

CHICAGUY QUINTERO ELVIA LILIANA  
Firmado digitalmente por  
CHICAGUY QUINTERO ELVIA  
LILIANA  
Fecha: 2025.01.29 12:42:30 -05'00'  
**ELVIA LILIANA CHICAGUY QUINTERO**  
T.P. 344.213 del C.S.J.  
**CONCILIADORA**

# Certificado Bancario

Domingo, 2 de febrero de 2025

Señores  
Seguros Allianz

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LILIANA MARITZA RODRIGUEZ DIAZ identificado(a) con CC 38665484, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	07027648929	2006/08/01	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.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

 **CS** CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38665484**

**RODRIGUEZ DIAZ**  
APELLIDOS

**LILIANA MARITZA**  
NOMBRES

*Liliana M. Rodriguez*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1982**  
**CALOTO**  
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1:62**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**14-FEB-2001 JAMUNDI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-3106400-65097262-F-0038665484-20020207

0127502038A 02 120096900

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

### Persona Natural

Primer apellido  Segundo Apellido  Nombres Completos

### Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:
Cédula <input checked="" type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	NUIP <input type="radio"/>	C. Extranjería <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/>	
No <input type="text" value="38 665 484"/>	No <input type="text"/>		No <input type="text"/>	

Fecha de expedición  No:

Lugar de expedición  Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

Fecha de nacimiento  Lugar de nacimiento  Nacionalidad  Dirección de Residencia

Ciudad  Teléfono  E-mail  Celular

Oficio o profesión  Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja  Cargo  Teléfono

Dirección comercial  Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI  NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI  NO

Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI  NO

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

Actividad económica  Código CIU

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 CIU

### 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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros en Vida S.A. NIT. 969 027 404-1 - Allianz Seguros S.A. NIT. 865 026 182-5 DE COLOMBIA

VIGILADO

VERSIÓN 24/04/2019

\*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="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
	C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		
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="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Cuál	Indique otras operaciones
<b>Productos financieros en el exterior</b>			
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?			
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto
		Ciudad	Pais
			Moneda
<b>Información sobre reclamaciones en seguros</b>			
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 \_\_\_\_\_ 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.); 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 COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLD, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF 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 llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Si  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Si  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Si  No

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

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

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

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

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

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



Liliana Rodríguez  
Firma del cliente o apoderado

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

¿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:

RESPUESTA DE SELECCIONAR SI O NO Y ESPECIFICAR AQUÍ LAS RESPUESTAS SI

### Tomador

Nombre o razón social: **Liliana Rodriguez** Nit. /C.C.: **38 665 484**

Oficina principal: Dirección: **Calle 46 112-51** Ciudad: **Cali** Teléfono: **310 502 47 05**

### INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL: (Solo diligenciar las personas jurídicas)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres Completos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Código Entidad Financiera (según relación): \_\_\_\_\_ Número de Cuenta (validar según relación): **07027648929** Tipo de Cuenta:  Corriente  Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrás solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintitres (23) oficinas de la red nacional.

**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA 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 RECAUDO LA PRIMA.**

Bancolombia: Tarjeta Allianz: \_\_\_\_\_

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

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

## Declaraciones y Autorizaciones

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

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

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

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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

### FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO



Nombre: **Liliana Rodriguez**

C.C. No. **38 665 484**

### 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 Itau	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos

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