

Señores

Centro de Conciliación Cámara de Comercio

Barrancabermeja

E.S.D.

REF: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

CITANTE: LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

CITADOS: COLSEGUROS S.A. ahora denominado ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

MARILYN GRAUT VERBEL, mayor de edad con domicilio y residencia en esta ciudad, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.863.185 de Bucaramanga, Abogada en Ejercicio y portadora de la T.P. 159.966 del C.S.J., actuando en calidad de Apoderada Judicial de la señora **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Barrancabermeja (Santander) identificada con C.C. **63.460.588 de Barrancabermeja**, mediante el presente escrito me permito solicitar **AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL EN DERECHO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**, en contra de **COLSEGUROS S.A. ahora denominada ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** identificada con nit: 860027404-1 representada legalmente por **BELEN AZPURUA DE MATTAR** mayor de edad identificada con cedula de extranjería número 324.238 o quien haga sus veces.

HECHOS

PRIMERO: Mi poderdante la señora **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA**, adquirió una póliza de seguro de vida número 12-03-004778, con vigencia del 19 de enero de 1999 a 19 de enero de 2053, en **COLSEGUROS S.A.** ahora denominada **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** identificada con nit: 860027404-1

SEGUNDO: Dicha póliza la suscribió mi poderdante la señora **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA** a la edad de 26 años.

TERCERO: la señora **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA**, solicitó el pago del valor del Rescate Garantizado que suscribió en la póliza número 12-03-001778 por medio de una reclamación formal la cual allegó a las oficinas de la aseguradora y al día de hoy han hecho caso omiso a dicha solicitud.

PETICIONES

PRIMERA: Atendiendo lo anteriormente expuesto, Sírvasse Señores Centro de Conciliación de Cámara de Comercio de esta ciudad, fijar fecha y hora para llevar a cabo audiencia previa de conciliación extrajudicial en derecho.

SEGUNDA: Así mismo, me permito solicitar se tengan como hechos ciertos lo aquí pretendido por mi poderdante, si los citados no comparecen a la Audiencia de Conciliación.

CUANTÍA

Cuantía indeterminada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Me permito invocar como fundamento jurídico lo preceptuado en el artículo 15 de la ley 57 de 1905; Decreto 992 de 1930; artículos 125 a 127 y 129 del Código Nacional de Policía; artículo 762 del Código Civil; artículo 6o; numeral 1o del Decreto 1386 de 1984.

PRUEBAS

- Poder para actuar
- Certificado de existencia y representación legal de la aseguradora **COLSEGUROS S.A.** ahora denominada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A**
- Fotocopia de la cédula de la señora **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA**
- Póliza del seguro de vida suscrito.

ANEXOS

Adjunto poder a mi favor, los documentos aducidos como pruebas y copia de la solicitud de conciliación para archivo del Despacho.

Por la naturaleza del asunto y por el lugar de ubicación del inmueble, es usted competente para conocer y tramitar la presente solicitud.

NOTIFICACIONES

La parte demandada, de **COLSEGUROS S.A.** ahora denominada **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** identificada con nit: 860027404-1 representada legalmente por **BELEN AZPURUA DE MATTAR**, o quien haga sus veces, se notificaran en la Carrera 19 N° 48 -15 Local 103, de Barrancabermeja – Santander.

Teléfono: se desconoce

E-mail: se desconoce

Mi poderdante, el señor **LUZ MARY QUICENO RAIGOZA**, las recibirá en su domicilio en la Cra 8 N° 47-92 de Barrancabermeja – Santander.

Teléfono: 3132292724

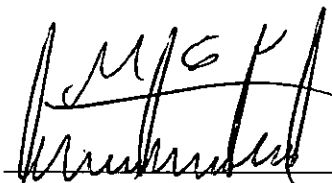
E-mail: no posee

La suscrita las recibe notificaciones en la calle 50 N° 11-20 oficina 103 barrio Colombia de Barrancabermeja – Santander.

Teléfono: 6114065 - 3123692796.

E-mail: magraut1481@hotmail.com

ATENTAMENTE,



MARILYN GRAUT VERBEL

C.C. 37.863.185 DE BUCARAMANGA

T.P. 159.966 DEL C.S.J.

SEÑORES

CAMARA DE COMERCIO DE BARRANCABERMEJA

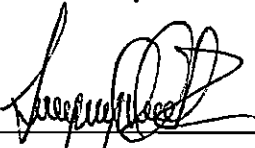
E. S. D.

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA, mayor de edad, con domicilio y residencia en Barrancabermeja (Santander) identificada con C.C. **63.460.588 de Barrancabermeja**, de manera atenta y comedida, me permito manifestar mediante el presente documento, mi voluntad en conceder poder especial, amplio y suficiente a la doctora **MARILYN GRAUT VERBEL**, igualmente mayor de edad, domiciliada en esta ciudad, identificada con la cedula de ciudadanía N° 37.863.185 de Bucaramanga, portadora de la T.P. N° 159.966 del C.S.J., para que en mi nombre y representación legal inicie promueva y lleve a su culminación solicitud de **Audiencia de conciliación como requisito de procedibilidad por responsabilidad civil contractual**, de conformidad con lo señalado, en la Ley 640 de 2001, con el fin de que se logre conciliar la sobre el valor del rescate garantizado, contra **ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** identificada con nit: 860027404-1 representada legalmente por **BELEN AZPURUA DE MATTAR** mayor de edad identificada con cedula de extranjería numero 324.238 o quien haga sus veces.

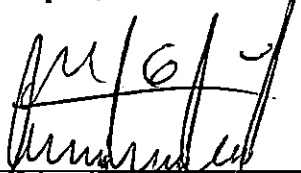
Mí apoderada queda ampliamente facultada para formular las pretensiones inherentes al presente mandato judicial, notificarse, conciliar, recibir, renunciar, interponer recursos, solicitar pruebas, sustituir, reasumir, firmar escrituras, y demás facultades en ejercicio del presente poder, de conformidad con el Artículo 77 del C.G.P.

Sírvase su señoría reconocer personería jurídica a mi representada para actuar dentro de los términos y facultades inherentes al presente mandato.

Atentamente,


LUZ MARY QUICENO RAIGOZA
C. C. 63.460.588 de Barrancabermeja

Acepto,


MARILYN GRAUT VERBEL
C.C. 37.579.773 DE Bucaramanga
T.P. 159.966 del C.S.J.

NOTARÍA 2 DE BARRANCABERMEJA - SANTANDER

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

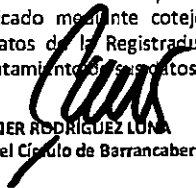
Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015

En Barrancabermeja, Departamento de Santander, República de Colombia, el 24-01-2020, en la Notaría Dos (2) del Círculo de Barrancabermeja, compareció:

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA, identificado con CC/NUIP #0063460588 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.


Firma autógrafo

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


JOSÉ JAVIER RODRÍGUEZ LUNA
Notario dos (2) del Círculo de Barrancabermeja

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co

Número Único de Transacción: 611gi2byazty | 24/01/2020 - 16:02:42:431

20921

200. 5-31748

Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

CIA.	RAMO	PLAN	CERTIFICADO No.	POLIZA No.	D	REFERENCIA
04	03	007	5004355	12-03-004778	3	

POLIZA DE SEGURO DE: **VIDA INDIVIDUAL HOY Y MA'ANA PLAN TEMPORAL A EDAD 80 A'OS**
CON PARTICIPACION

SUCURSAL	SUC	AGCIA	SUBAG	NOMBRE RAMO	CERTIFICADO DE	ANO	C. CORR
BUCARAMANGA				VIDA HOY Y MA'ANA	NUEVO NEGOCIO 01	037	
TOMADOR	QUICENO	RAIGOZA	LUZ	MARY	C.C. & NIT.	63460588	D
ASEGURADO	QUICENO	RAIGOZA	LUZ	MARY	C.C. & NIT.	63460588	D
DIRECCION	CRA 8 NO. 47-97			TELEFONO	CUIDAD		
BENEFICIARIO				022-38-93	BARRANCABERMEJA		

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	A LAS	HASTA	PERIODO QUE CUBRE ESTE CERTIFICADO	DESDE	A LAS	HASTA
	19 01 1999	16 HS	19 01 2053	16 HS	19 01 1999	16 HS	19 01 2053

CODIGO 54221 **X PART** **NOMBRE AGENCIA** **INTERMEDIARIOS**
100,00 **MEZA DE LA OSSA RAFAEL ANTONIO AGENTE** **C/A**

VALOR DE PRIMA ANTES DE COMISIONS 4.012.324 **VALOR COMISION** \$ 1.441.602
VALOR ASEGURADO INICIAL SEGURO BASICO : \$ 46.000.000 **EDAD AL INICIAR EL SEGURO** 26 AÑOS
PORCENTAJE DE CRECIMIENTO ANUAL DEL VR. ASEGURADO : 20 % **FORMA DE PAGO** : ANUAL
PLAN G PERIODO DE PAGO DE PRIMAS PAGO UNICO

BASICOS DE VIDA			AMPAROS		VR. ASEGURADO		VR. PRIMA	
INDENIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL			BENEFICIARIOS		46.000.000		4.672.726	
					30.000.000		781.200	
NOMBRES			NIT		D		X PART	
REYNA	SILVA	ALVARO	5727167					33,34
REYNA	QUICENO	ANYER JULIAN	950827					33,33
REYNA	QUICENO	ALVARO FABIAN	980717					33,33
							PARENTESCO	
							CONYUGE	
							HIJO	
							HIJO	

LA ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., QUE PARA EL PRESENTE CONTRATO SE LLAMARA "LA COMPANIA", ADQUIERE LAS ANTERIORES OBLIGACIONES EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD Y EN EL EXAMEN MEDICO O EN EL FORMULARIO QUE LO REEMPLAZA AL PAGO DE LA PRIMA QUE APARECE EN ESTA PAGINA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL CONTRATO.

LA MORA EN EL PAGO DE PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A LA COMPANIA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL MISMO, SIN PERJUICIO DE LO CONTEMPLADO EN EL ARTICULO 1153 DEL CODIGO DEL COMERCIO.

OBSERVACIONES

COD. BANCO	NOMBRE BANCO	CHEQUE No.	SEGURO DE VIDA	\$	4.672.726
AGENCIA:	SUBAGENCIA:		TOTAL ANEXOS	\$	781.200
			TOTAL A PAGAR	\$	5.453.926

EN FE DE LO CUAL, LA COMPANIA EMITE EL PRESENTE CONTRATO EN LA CIUDAD DE

BUCARAMANGA

A LOS

VEINTI NUEVE

DIAS DEL MES DE

ENERO

DE 199

9

SUCURSAL O AGENCIA

FIRMA AUTORIZADA

Calle 36 N 15-32 Piso 3

DIRECCION PARA NOTIFICACIONES

FIRMA TOMADOR

EL PAGO DE LA PRIMA SE HACE CON CHEQUE, ESTE DEBE GIRARSE, EXCLUSIVAMENTE, A LA ORDEN DE ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

2804790

COLSEGUROS



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

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

PLAN TEMPORAL A EDAD 80 AÑOS CON PARTICIPACION

AMPARO BASICO DE VIDA

AMPARO

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

EXCLUSIONES

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

CONDICIONES GENERALES

1. BENEFICIARIO

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

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

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

2. SUICIDIO

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

3. LIMITE DE EDAD

El límite máximo de edad que LA COMPAÑIA fija para la aprobación de las solicitudes bajo las diferentes alternativas del plan es de setenta (70) años, excepto para el plan temporal a un año sin participación y renovable hasta la edad de 80 años, en el cual tal límite es de setenta y nueve (79) años.

El límite para permanecer amparado bajo la presente póliza, es la fecha de aniversario del seguro más cercana a aquella en la cual el asegurado cumpla ochenta (80) años de edad.

4. ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD

La edad declarada por el Asegurado en la solicitud deberá comprobarse durante la vigencia de la Póliza o al fallecimiento del Asegurado.

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la solicitud o en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las normas establecidas por el artículo 1161 del Código de Comercio y concordantes.

5. INVARIABILIDAD E INDISPUTABILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de expedición de la Póliza o desde la fecha de efecto de su última rehabilitación, según el caso, LA COMPAÑIA, no podrá reducir el valor asegurado por causa de error en la declaración de asegurabilidad. Este beneficio no se extiende a los amparos adicionales expedidos como complemento de este seguro.

En cumplimiento de la estipulación anterior, LA COMPAÑIA, se reservará los derechos legales consagrados por los artículos números 1058, 1060, 1161 y concordantes del Código de Comercio, en cuanto sean aplicables a la situación que se presente.

6. CONVERTIBILIDAD GARANTIZADA

En cualquier aniversario de la Póliza siempre y cuando se encuentre vigente por el pago de las primas, LA COMPAÑIA, garantiza al asegurado convenir esta Póliza, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, a cualquier otro plan de seguro diferente de temporal o creciente de los que estén autorizados a LA COMPAÑIA, siempre y cuando lo solicite por escrito y no haya cumplido (80) años de edad.

El nuevo seguro que se expida se otorgará sin amparos adicionales, por un valor asegurado equivalente al alcanzado bajo la Póliza anterior y con las mismas extraprimeras y restricciones. El cálculo de la prima de la nueva póliza se efectuará teniendo en cuenta la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado al momento de la conversión.

7. VALOR ASEGURADO

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

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

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

8. PAGO DE PRIMAS

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

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

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

9. FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS

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

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

10. REHABILITACIONES

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

11. DEUDAS

Se entienden como tales todas las contraídas a favor de LA COMPAÑIA, por razón de esta Póliza, así como también los intereses causados por las mismas. Tales deudas constituyen el primer y principal gravamen sobre esta Póliza, con preferencia a la reclamación de beneficiarios o de cualquier otra persona y, en consecuencia, serán deducidas en su totalidad de cualquier liquidación definitiva de la Póliza.

12. MODIFICACION DE LA OCUPACION

Si con posterioridad a la celebración del contrato, el asegurado cambia su ocupación por otra que signifique agravación del estado del riesgo, comunicará el hecho a LA COMPAÑIA quien decidirá respecto al costo del nuevo riesgo.

13. RECLAMACION DEL SEGURO

El beneficiario presentará a LA COMPAÑIA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro.

La reclamación será formulada directamente por el beneficiario, quien deberá demostrar su derecho a ella.

14. PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑIA pagará a los beneficiarios la indemnización a que está obligada por la presente póliza, dentro del término legal de un mes contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia del siniestro.

15. PAGOS

Todo pago a que este obligada cualquiera de las partes contratantes por razón de esta Póliza, se hará en la Oficina Principal de LA COMPAÑIA, establecida en Santafé de Bogotá, capital de la República de Colombia, o en la Oficina Local cuya dirección se encuentra consignada en la carátula de la Póliza.

Para cualquier liquidación definitiva de este contrato se requiere que esta Póliza debidamente cancelada y firmada, sea entregada a LA COMPAÑIA.

16. FIRMAS

Esta Póliza y sus modificaciones y adiciones requieren para su validez la firma autógrafa de un representante autorizado por LA COMPAÑIA.

COLSEGUROS



ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.

NIT. 860.027.404 - 1

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

CONDICIONES ESPECIALES

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

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

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

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

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

PARAGRAFO

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

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

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

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS

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

1. VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS POR CANCELACIÓN ANTICIPADA

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

2. SEGURO SILDADO

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

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

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

3. SEGURO PRORROGADO

Significa convertir esta Póliza, desde la fecha en que se causó la prima pendiente, en un Seguro Temporal Prorrogado por el tiempo indicado en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados inserta en esta Póliza. El valor de este seguro será cada año y hasta su vencimiento, el que hubiera correspondido al plan original a la misma altura.

El valor asegurado será pagado si el Asegurado fallece dentro del período especificado; pero si sobrevive al vencimiento de este término, el seguro cesará y la póliza quedará cancelada.

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

Queda entendido que no se expedirá el correspondiente certificado de Seguro Prorrogado hasta tanto no se produzca el pago de cualquier suma que el Asegurado adeude a LA COMPAÑÍA en virtud de la Póliza original.

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PRÉSTAMOS EN EFECTIVO

Después de que esta Póliza adquiera el valor de Rescate indicado en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados de acuerdo con el tiempo durante el cual se haya mantenido en vigor por el pago de las primas, el Asegurado tendrá derecho a obtener de LA COMPAÑÍA un préstamo hasta por el Noventa por ciento (90%) del Valor de Rescate Garantizado que corresponda en el aniversario del contrato inmediatamente anterior a la fecha del préstamo, previa deducción de cualquier deuda.

El plazo inicial del préstamo vencerá en el próximo aniversario de la Póliza, pero podrá ser prorrogado año tras año.

Los intereses del préstamo se computarán a la tasa que permita la Superintendencia Bancaria para estos planes de seguro y tanto los correspondientes al plazo inicial como a las eventuales prorrogas, deberán ser pagados anticipadamente; de lo contrario se sumarán al valor del préstamo.

La póliza obrará como garantía del préstamo y será depositada en LA COMPAÑÍA donde se le expedirá al Asegurado una constancia sobre el depósito de su póliza.

Es entendido que el no pago del préstamo a su vencimiento o de los intereses anticipados no implicará la terminación de la Póliza, sino únicamente en el caso de que los valores acumulados por concepto del préstamo y sus intereses excedan al Valor de Rescate Garantizado.

CONDICIÓN ESPECIAL SOBRE PERIODO LIMITADO DE PAGO DE PRIMAS

Por convenio expreso que constará en la carátula de la póliza, el Asegurado podrá pagar las primas de seguro de acuerdo con una de las alternativas siguientes:

1. PAGO ANUAL HASTA 70 AÑOS

El pago de las primas se hará cada año hasta la fecha de aniversario del seguro más cercana a aquella en la cual el asegurado cumpla 70 años de edad. Las primas se incrementarán cada año en la misma proporción en que se pacte el crecimiento del valor asegurado en el amparo básico.

2. DIEZ PAGOS

El pago de las primas se hará en diez (10) pagos anuales, los cuales tendrán un incremento porcentual anual equivalente al pactado para el amparo básico.

3. CINCO PAGOS

El pago de las primas se hará en cinco (5) pagos anuales, los cuales tendrán un incremento porcentual anual equivalente al pactado para el amparo básico.

4. PAGO ÚNICO

El pago de la vigencia del seguro se hará un (1) único pago.

COLSEGUROS



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

POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANEXO DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACION ACCIDENTAL

ESTE ANEXO EXPIRA EN EL MOMENTO EN QUE TERMINE EL CONTRATO PRINCIPAL, SALVO QUE CUALQUIERA DE LAS PARTES LO CANCELE CON ANTERIORIDAD.

AMPARO

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MAS ADELANTE, EL PRESENTE ANEXO AMPARA LA MUERTE O LESION CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES, MANIFESTADA DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DIAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHO ACCIDENTE.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, SE ENTENDERA POR ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO QUE SOBREVenga POR CAUSAS O CON OCASION DE LA ACCION DIRECTA Y EXCLUSIVA DE UN ACONTECIMIENTO EXTERIOR, QUE PRODUZCA DIRECTA E INDEPENDIENTEMENTE DE LA EXISTENCIA DE CUALQUIER ENTIDAD PATOLOGICA ANTERIOR, UNA LESION ORGANICA O PERTURBACION FUNCIONAL VERIFICABLE MEDIANTE EXAMEN MEDICO.

EXCLUSIONES

LA COMPAÑIA NO PAGARA NINGUNO DE LOS BENEFICIOS DESCRITOS EN LA TABLA DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES DEL PRESENTE ANEXO, SI LA MUERTE O PERDIDA DE MIEMBROS, ORGANOS O FACULTADES, ES CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- a. SUICIDIO O SU TENTATIVA YA SE HALLA EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O LAS LESIONES QUE VOLUNTARIAMENTE SE CAUSE A SI MISMO.
- b. LA MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR LA ACCION DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA, MEDIANTE LA UTILIZACION DE ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE O PRODUCIDA POR EXPLOSIVOS, POR ENVENENAMIENTO O POR INTOXICACION, ASI COMO EXPOSICION DELIBERADA DEL ASEGURADO A PELIGROS EXCEPCIONALES O TEMERARIOS, VIOLACIONES DE LA LEY O REGLAMENTOS DE AUTORIDAD, PARTICIPACION EN RIÑAS, PELEAS O DUELOS.
- c. INGESTION INVOLUNTARIA DE VENENOS, GASES TOXICOS, ALIMENTOS O BEBIDAS EN ESTADO DE DESCOMPOSICION O DE ADULTERACION. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ O BAJO LA INFLUENCIA, POR ACTO VOLUNTARIO, DE DROGAS O ALUCINOGENOS.
- d. ACCIDENTES OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ENFERMEDADES MENTALES, CORPORALES O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, Y LAS LESIONES O CONTUSIONES CAUSADAS POR ESFUERZOS TALES COMO HERNIAS, EVENTRACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS, DESGARRAMIENTOS MUSCULARES, LUXACIONES, ESGUINCES..., ETC.
- e. ACCIDENTES CAUSADOS POR INTERVENCIONES QUIRURGICAS O TRATAMIENTOS CLINICOS O PARACLINICOS O COMO CONSECUENCIA DE ELLOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACION DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA POLIZA.
- f. PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN CUALQUIER FORMA EN AVIACION O AERONAUTICA, AL SUBIR O BAJAR DE UNA AERONAVE O SER GOLPEADO POR LA MISMA, A MENOS QUE EL VIAJE SE LLEVE A CABO EN UN VUELO REGULAR DE UNA AEROLINEA COMERCIAL.
- g. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCION, REBELION SEDICION, CONMOCION CIVIL, ASONADA, MOTIN O ACTOS VIOLENTOS O VANDALICOS, ASI COMO PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN EL SERVICIO MILITAR, NAVAL O DE POLICIA.
- h. PARTICIPACION EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE CUALQUIER CLASE, YA SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O SIMPLE ACOMPAÑANTE, A MENOS QUE ESTE PAGANDO LA EXTRAPRIMA RESPECTIVA.
- i. ACCIDENTES OCASIONADOS POR TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCANICAS Y EN GENERAL, POR CUALQUIER CONVULSION DE LA NATURALEZA.

CONDICIONES PARTICULARES

Por convenio entre LA COMPAÑIA y el Asegurado, este anexo hace parte de la Póliza de Seguro de Vida Individual arriba citada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

1. REVOCACION DE ESTE AMPARO

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado expresamente lo solicite por escrito.
- b. Sin perjuicio de los derechos del Asegurado por razón de accidentes ya ocurridos, LA COMPAÑIA podrá en cualquier tiempo dar por terminado este anexo mediante aviso escrito al Asegurado, con diez (10) días hábiles de anticipación.

En ambos casos la compañía devolverá la parte proporcional de la prima pagada y no devengada desde la fecha en que opere la revocación.

2. TERMINACION DE ESTE AMPARO

Esta anexo quedará terminado en los siguientes casos:

- a. Si el Asegurado hubiere recibido cualquiera de las indemnizaciones enumeradas en la Tabla de Riesgos de Indemnizaciones.
- b. A la terminación del período anual en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- c. Cuando el Asegurado fuere exonerado del pago de primas.
- d. Si la Póliza se termina por cualquier motivo, se rescinde por su valor de rescate o se convierte en un Seguro Saldado o en un Seguro Prorrogado.

PARÁGRAFO.

El hecho de que LA COMPAÑIA haya recibido una o mas primas por este anexo después de que haya sido terminado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal terminación, Cualquier prima pagada por un período posterior a la terminación, sera reembolsada.

3. TABLA DE RIESGOS E INDEMNIZACIONES

Si como consecuencia de un accidente amparado bajo esta Póliza y dentro de los ciento veinte (120) días subsiguientes al mismo, sobreviene la muerte del Asegurado o una pérdida de miembros, órganos o facultades de las enumeradas a continuación, LA COMPAÑIA pagará.

1. Por muerte accidental	100% de la suma principal
2. Por pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie	100% de la suma principal
3. Por ceguera irreparable de ambos ojos	100% de la suma principal
4. Por pérdida de una mano o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100% de la suma principal
5. Por demencia total presumiblemente incurable que impida todo trabajo	100% de la suma principal
6. Por parálisis total presumiblemente incurable que impida todo trabajo	100% de la suma principal
7. Por pérdida total e irreparable del habla	100% de la suma principal
8. Por sordera bilateral total e irreparable	100% de la suma principal
9. Por pérdida de una mano o de un pie	50% de la suma principal
10. Por ceguera irreparable de un ojo	50% de la suma principal
11. Por pérdida de cinco artejos del mismo pie	25% de la suma principal
12. Por pérdida del dedo pulgar siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges	15% de la suma principal
13. Por pérdida de tres dedos de la misma mano, siempre que comprenda las tres falanges de cada uno, con excepción de los dedos pulgar e índice	15% de la suma principal
14. Por pérdida del dedo índice siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges	10% de la suma principal

PARAGRAFO

- a. Entiéndese por suma principal aquella que figura en la Tabla de Riesgos e Indemnizaciones, en el Cuadro de Amparos de la carátula de la Póliza bajo la denominación de Indemnización Adicional por Muerte o Desmembración Accidental y en el encabezado del presente anexo.
- b. Para los efectos de los numerales dos, cuatro y nueve, se entiende por pérdida de mano la amputación que se verifique a la altura de la muñeca y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
- c. En los casos de pérdidas de varios miembros, órganos o facultades enumeradas en la Tabla de Riesgos e Indemnizaciones producidas por el mismo accidente, el valor total del beneficio será fijado sumando los porcentajes correspondientes a cada uno, sin que en ningún caso exceda de la suma principal.
- d. También se entiende por pérdida la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

4. DEDUCCIONES

Si la póliza también incluye el anexo de incapacidad total y permanente, la indemnización que a consecuencia de un accidente llegue a pagar la Compañía por este anexo, se descontará de la que deba pagarse por los amparos del presente anexo.

5. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión que pueda estar previsto en la Póliza no es aplicable a este anexo.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S. A.

PAG: 1

1/02/1999

TABLA DE VALORES HOY Y MAÑANA

PLAN: G % CRECIMIENTO: 20 EDAD INICIO: 26

POLIZA: 1203004778 ASEGURADO: QUICENO RAIGOZA LUZ MARY

EDAD	VR ASEGURADO (EN MILES)	PRIMA ANUAL	VR RESCATE GARANTIZADO	INVERSION ACUMULADA (FONDO DE AHORRO)
26	46000	4.672.726	2.578.944	212.980
27	55200	0	2.929.970	493.580
28	64400	0	3.301.190	857.762
29	73600	0	3.694.674	1.325.122
30	82800	0	4.113.550	1.919.902
31	92000	0	4.560.256	2.671.588
32	101200	0	5.039.530	3.616.520
33	110400	0	5.554.776	4.799.226
34	119600	0	6.112.158	6.274.400
35	128800	0	6.718.898	8.109.064
36	138000	0	7.381.068	10.385.420
37	147200	0	8.105.200	13.204.070
38	156400	0	8.898.608	16.688.202
39	165600	0	9.771.090	20.988.558
40	174800	0	10.732.214	26.289.598
41	184000	0	11.792.652	32.816.906
42	193200	0	12.962.616	40.846.252
43	202400	0	14.248.960	50.714.448
44	211600	0	15.660.792	62.832.734
45	220800	0	17.203.034	77.703.062
46	230000	0	18.729.222	95.937.738
47	239200	0	20.360.934	118.283.388
48	248400	0	22.089.614	145.650.306
49	257600	0	23.908.316	179.148.610
50	266800	0	25.809.864	220.132.356
51	276000	0	27.792.786	270.253.220
52	285200	0	29.860.670	331.526.508
53	294400	0	32.026.442	406.411.794
54	303600	0	34.309.422	497.910.808
55	312800	0	36.743.098	609.687.726
56	322000	0	39.372.458	746.215.588
57	331200	0	42.249.344	912.954.686
58	340400	0	45.411.614	1.116.568.856
59	349600	0	48.866.306	1.365.188.460
60	358800	0	52.583.658	1.668.730.638
61	368000	0	56.514.036	2.039.291.366
62	377200	0	60.603.298	2.491.624.362
63	386400	0	64.783.916	3.043.725.056
64	395600	0	68.976.034	3.717.543.084
65	404800	0	73.102.096	4.539.852.240
66	414000	0	77.060.902	5.543.310.362
67	423200	0	80.764.132	6.767.754.646
68	432400	0	84.138.370	8.261.782.068
69	441600	0	87.091.202	10.084.675.266
70	450800	0	89.490.148	12.308.751.024
71	450800	0	91.412.350	15.022.240.424
72	450800	0	92.680.064	18.332.774.680
73	450800	0	93.041.900	22.371.648.510
74	450800	0	91.876.352	27.299.003.600
75	450800	0	88.564.444	33.310.175.224
76	450800	0	81.828.664	40.643.394.622

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S. A.

PAG: 2

1/02/1999

TABLA DE VALORES HOY Y MAÑANA

PLAN: G % CRECIMIENTO: 20 EDAD INICIO: 26

POLIZA: 1203004778 ASEGURADO: QUICENO RAIGOZA LUZ MARY

EDAD	VR ASEGURADO (EN MILES)	PRIMA ANUAL	VR RESCATE GARANTIZADO	INVERSION ACUMULADA (FONDO DE AHORRO)
77	450800	0	71.889.352	49.589.317.302
78	450800	0	56.841.740	60.502.426.992
79	450800	0	33.667.906	73.815.010.256
80	450800	0	0	90.054.312.516

EL FONDO DE AHORRO ESTA CALCULADO CON UN RENDIMIENTO DEL 28% EFECTIVO ANUAL.
ESTA TASA ES VARIABLE DE ACUERDO CON LAS FLUCTUACIONES FINANCIERAS.
EL DINERO DEL FONDO DE AHORRO ESTARA DISPONIBLE AL ANIVERSARIO DE LA POLIZA.

ALIANZ 3-827-134

2019 AUG 20 am 4:08

[Handwritten signature]
9/12/2019

Barrancabermeja, 5 de Agosto de 2019

Señores
ALLIANZ
Seguros de vida S.A

REF: POLIZA HOY Y MAÑANA ANTIGUO No.1203004778-3

De acuerdo a la respuesta recibida de esa compañía, según oficio GVI-805 de mayo 8 de 2019, sobre el estado de mi póliza en referencia, me permito solicitar la siguiente modificación: Que del valor de rescate alcanzado, la compañía tome el 50% de este y me expida una póliza de seguro de vida saldado por el valor alcanzado de la prima que resulte de la operación realizada, y el otro 50% sea consignado en mi cuenta corriente No.009105630-9 en Banco Davivienda.

Por lo anterior quedo en espera de sus comentarios sobre cuáles son los documentos que debo adjuntar para este proceso.

Cordialmente

[Handwritten signature]

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

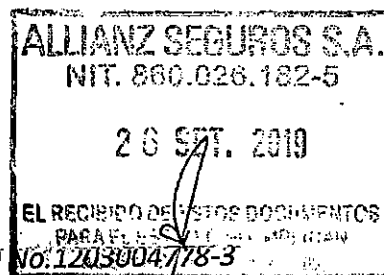
CC 63.460.588

Correo electrónico: diosesumar-mary@hotmail.com

Barrancabermeja, 19 de Septiembre de 2019

[Handwritten signature]
20/09/2019

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



REF: CANCELACION POLIZA HOY Y MAÑANA ANTIGUO

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

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

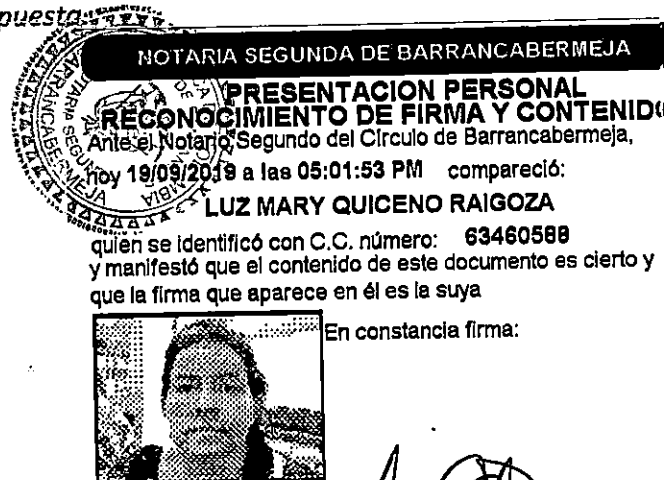
Para tal efecto estoy adjuntando los siguientes documentos:

- Fotocopia ampliada de mi cédula
- Original de la póliza
- Certificado de mi cuenta bancaria
- Y demás documentos requeridos por esa entidad.

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

Cordialmente

[Handwritten signature of Luz Mary Quiceno Raigoza]
LUZ MARY QUICENO RAIGOZA
CC 63.460.588
Correo electrónico: diosesamor-mary@hotmail.com



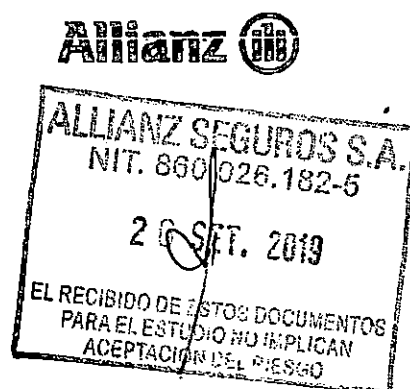
El compareciente



[Handwritten signature of José Javier Rodríguez Luna]
José Javier Rodríguez Luna
Circulo Notarial de Barrancabermeja
NUA: 464502 Notario Segundo

Barrancabermeja
Ciudad

18/09/2019
Fecha (día, mes y año)



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

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

Apreciados señores:

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

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

Banco Davivienda No. Cuenta 2091056309 Tipo Corriente

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a ALLIANZ SEGUROS S.A. y/o ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y/o ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o ALLIANZ INVERSIONES S.A. y/o ALLIANZ SAS S.A.S., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "ALLIANZ") para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con ALLIANZ; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de ALLIANZ o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de ALLIANZ; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Manifiesto que los datos que he suministrado a ALLIANZ son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada.

Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con ALLIANZ o la relación contractual con ALLIANZ haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

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

Cordialmente,

Firma

Nombre Asegurado Luz Mary Quiceno Raigoza C.C. Asegurado 63460588

Ciudad Barrancabermeja Dirección Calle 49 # 8-08 Sector Comercial

Correo Electrónico diosesamor_mary@hotmail.com Teléfono 3132636898

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

Versión Febrero 2018

Autocertificación FATCA/CRS para Persona Natural

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

Parte 1.- Identificación individual.

Nombres completos:	Luz Mary
Apellidos completos:	Quiceno Raigosa
Dirección completa de residencia actual:	Calle 49 # B-08 Sector Comercial
Ciudad / Departamento de residencia:	Barrancabermeja, Santander
País de residencia:	Colombia
País de residencia del tutor (en caso de tener tutor):	
Teléfono de contacto:	313 263 6898
Dirección correo electrónico:	diosesamor_mary@hotmail.com
Fecha de nacimiento	19/12/1969
Ciudad de nacimiento:	La Virginia Risaralda
País de nacimiento*:	Colombia
Tipo y número documento de identificación:	Cédula de Ciudadanía #63460588
Fecha de caducidad del documento de identificación:	31/12/1990
Nacionalidad 1:	Colombiana
Nacionalidad 2:	
Situación Laboral:	

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

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

	País de Residencia Fiscal	Número de identificación tributaria /TIN*	Tipo de documento (Ej. pasaporte)	Fecha de caducidad	Si no posee número de identificación tributaria explique la razón A*, B** ó C***
1	Colombia	63460588			
2					
3					

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

SI NO POSEE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA EXPLIQUE LA RAZÓN:

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

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

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

Parte 3.- Declaraciones y firma

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

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A, incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "Las Compañías") para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

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

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de los países, con los cuales Colombia haya celebrado acuerdos de intercambio de información tributaria a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o el Standard for Automatic Exchange of Financial Information in Tax Matters (CRS), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

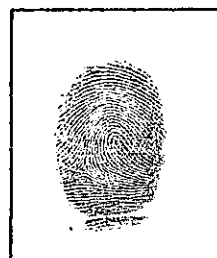
Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

Firma

Ciudad

Beróncobermejo

Fecha de diligenciamiento: 18/09/2019



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



Autorización de Pagos

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

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

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.



Ramo: Seguro de vida

Póliza: 1203004798-3

Ciudad: Barrancabermeja

Fecha: 18 de May 2019

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

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

Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Guiceno	Raigosa	Juz Mary	
Documento de Identidad			
Personas Nacionales		Personas Extranjeras	
Cédula ☒ T.I. ☐ NUIP ☐	C. Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Camé Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. ☐		
No 63460588	No		
Fecha de expedición 31 dic 1990	Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
Lugar de expedición Barrancabermeja	No		
Fecha de nacimiento 19 dic 1969	Lugar de nacimiento La Virginia (Rdv)	Nacionalidad 1: Colombiana	Dirección de Residencia Calle 19 # 8-08
Ciudad Barrancabermeja	Teléfono 3132636898	Oficio o profesión Comerciante	E-mail diosesamar_mary@hotmail.com
Empresa donde trabaja Bags World	Teléfono	Dirección comercial Calle 49 # 7-60	Ciudad Barrancabermeja
Actividad Independiente ☒ Dependiente ☐	Actividad:		
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:		
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒			
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ☐ NO ☒			
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerada como? SI ☐ NO ☒			
Actividad económica Administrador de Almacén de Variedades y productos Totto	Código CIU 4919		
Ingresos Mensuales (Pesos) 5.000.000=	Egresos mensuales (Pesos) 2.000.000=		
Activos (Pesos) 500.000.000=	Pasivos (Pesos) 120.000.000=		
Patrimonio (Pesos) 380.000.000=	Otros Ingresos (Pesos)		
Concepto otros ingresos			

Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.
Oficina principal: Dirección	Ciudad
Teléfono	
Tipo de empresa	Sector de la economía
Cuál	
Actividad económica	Código CIU

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	
Tipo de documento	Nº	Fecha de expedición	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad 1:	Nacionalidad 2:
Dirección	Ciudad	Teléfono	

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación	Si Tipo de identificación es "C.C." u "OTRO" informe nacionalidad del asociado
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐			
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐			
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐			
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐			
	C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐			

Descripción de la Actividad económica

Especifique

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera	☒ Sí ☐ No	Cuál	Indique otras operaciones
Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?			
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto
		Ciudad	País
			Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros				
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años				
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor Indemnizado
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor Indemnizado

Observaciones por parte del cliente				
-------------------------------------	--	--	--	--

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

Yo Juz Mary Quiceno Paigotzi identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o NIT. No. 63460588 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de Rescisión de póliza en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o NIT. No. con nacionalidad 1 _____ nacionalidad 2 _____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

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

Código Entidad Financiera (según relación)	<u>051</u>	Número de Cuenta (validar según relación)	<u>009105630-9</u>	Tipo de Cuenta	☒ Corriente ☐ Ahorros
--	------------	---	--------------------	----------------	--

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

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

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

Bancolombia:

Cheque ☐

Efectivo ☒

Tarjeta Allianz:

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

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

SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de Juz Mary Quiceno, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.) salario; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo, crédito o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crédito o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFI, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones Fasecolda - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

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

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

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de los países, con los cuales Colombia haya celebrado acuerdos de intercambio de información tributaria a través de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o el Standard for Automatic Exchange of Financial Information in Tax Matters (CRS), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

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

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

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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
Nombre: <u>Juz Mary Quiceno R</u>	
CC. No. <u>63460588 BCO</u>	

Tipo de cuenta

☒ Corriente ☐ Ahorros

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 6 12 dígitos	9 6 12 dígitos
Banco CorpBanca	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSBC	010	9 6 15 dígitos	9 6 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 6 11 dígitos
Banco Ganadero BBVA	013	9, 12, 14 6 16 dígitos	9, 10, 12, 14 6 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos
Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 6 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 6 12 dígitos	11 6 12 dígitos
Davienvia	051	9 6 12 dígitos	9 6 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

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

18/09/2019

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

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número	0000000091056309
Saldo a la fecha	824.03 Pesos
Fecha de apertura	10/04/1997

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63.460.588

QUICENO RAIGOZA

APELLIDOS

LUZ MARY

NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1969

LA VIRGINIA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

31-DIC-1990 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2701900-00852618-F-0063460588-2014-12-19 0041985951A 1 43016772

Bogotá, 28 de agosto de 2019
GVI- 1475

Señor(a):
QUICENO RAIGOZA LUZ MARY
diosesamor_maty@hotmail.com
Barrancabermeja

ASUNTO: Información póliza de vida Hoy y Mañana No.1203004778-3

Respetado(a) Señor(a):

En atención a su requerimiento en el cual nos solicita que el valor de rescate sea distribuido en un 50% para expedir un seguro saldado y el otro 50% sea consignado a su cuenta, nos permitimos informarle que no es posible acceder a su petición debido a que únicamente puede hacer uso del valor de rescate por cancelación anticipada de la póliza y/o por préstamo sobre el mismo, de acuerdo a las condiciones especiales de la póliza las cuales mencionan los siguiente:

- **VALORES DE RESCATE GARANTIZADOS POR CANCELACIÓN ANTICIPADA:**
...Consiste en entregar a LA COMPAÑÍA esta póliza cancelada en todas sus partes a cambio de su Valor de Rescate Garantizado, previa deducción de cualquier deuda contraída a favor de LA COMPAÑÍA y garantizada con la presente Póliza.
- **CONDICION ESPECIAL SOBRE PRESTAMOS EN EFECTIVO:**
...Después de que esta Póliza adquiriera el Valor de Rescate indicado en la Tabla de Valores de Rescate Garantizados de acuerdo con el tiempo durante el cual se haya mantenido en vigor por el pago de primas, el Asegurado tendrá derecho a obtener de LA COMPAÑÍA un préstamo hasta por el Valor de Rescate Garantizado que corresponda en el aniversario del contrato inmediatamente anterior a la fecha del préstamo, previa deducción de cualquier deuda.

Por otra parte, le aclaramos que su póliza no puede convertirse a un seguro saldado, teniendo en cuenta que ya pago la totalidad del seguro.

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


ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Firma autorizada

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Superintendencia
Financiera
de Colombia

Radicación: 2019164941-002-000

Fecha: 2019-12-04 15:14 Sec. día 1471

Anexos: No

Trámite: 410-QUEJAS O RECLAMOS

Tipo doc: 01-01 ACUSO RECIBO AL PETICIONARIO

Remitente: 92051-GESTOR DE INFORMACIÓN INDUSTRIA DE SEGUROS
PENSIONES Y OTROS

Destinatario: 63460588-LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

Señor (a)

LUZ MARY QUICENO RAIGOZA

DIOSESAMOR_MARY@HOTMAIL.COM

Barrancabermeja (SANTANDER)

Número de Radicación	: 2019164941-002-000
Trámite	: 410 - QUEJAS O RECLAMOS
Actividad	: 01. Acuso de Recibo
Anexos	: No

Apreciado(a) Señor(a):

En respuesta a su comunicación en la que interpone una queja contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., le comentamos que:

- Se le ha asignado el número de radicación arriba indicado para que Usted pueda hacer seguimiento a su solicitud.
- Se ha enviado una copia a la entidad vigilada, para que le dé una respuesta completa y clara, adjuntando los soportes que sean necesarios, con copia a esta Superintendencia, en un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de este escrito; sin embargo la entidad puede solicitar más tiempo, si así sucede Usted será informado.
- Si Usted no está de acuerdo con la respuesta de la entidad vigilada, puede volver a escribirnos (réplica), indicando el número de radicación y explicando los motivos de su inconformidad, con los soportes respectivos.
- En el caso de que le solicitemos información adicional, Usted tiene plazo de un mes para dar respuesta; de lo contrario, se entenderá que ha desistido del trámite y se dará por finalizado. Si pasado el mes tiene la información completa puede volver a presentar la queja, la cual iniciará como trámite nuevo a partir de la fecha en que lo radique.
- Tenga en cuenta que en el trámite de la queja deben cumplirse diversas etapas a partir del envío de la misma a la entidad para que se pronuncie sobre los hechos, como la evaluación de la documentación recibida, la solicitud de concepto a otras áreas de la Superintendencia o a otras entidades, o la aclaración o complemento de la respuesta a la entidad vigilada.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- Al finalizar estas etapas evaluaremos si la entidad vigilada atendió y resolvió en forma adecuada su inconformidad y le brindaremos a Usted la respuesta final de acuerdo con la normatividad vigente.

En esta Superintendencia Usted hizo uso de la opción de presentar la queja para la verificación del cumplimiento de las normas por parte de la entidad; en este trámite la Superintendencia no está facultada para reconocer o negar derechos, señalar responsabilidades, ordenar el pago de indemnizaciones, disponer la realización de negociaciones, declarar el incumplimiento de obligaciones, establecer las consecuencias de incumplimientos ni otras atribuciones para la solución de controversias particulares que son propias de los jueces.

Recuerde que Usted también puede solicitar la intervención del Defensor del Consumidor Financiero de la entidad para que de manera gratuita resuelva su queja o actúe como Vocero. Para el detalle consulte en nuestra página www.superfinanciera.gov.co, "Consumidor Financiero/Información general/Defensor Consumidor Financiero/Cartilla sobre el Defensor del Consumidor financiero".

Es importante que sepa que para la solución de su situación particular Usted puede ejercer la Acción de Protección al Consumidor interponiendo una demanda ante la Delegatura de Funciones Jurisdiccionales de esta Superintendencia o ante los Jueces de la República y también puede solicitar que el Defensor del Consumidor Financiero actúe como conciliador (ver cartilla).

Recuerde que para el ejercicio de la **Acción de Protección al Consumidor Financiero** debe acompañar a la demanda la respuesta de la entidad vigilada, y que sólo puede ejercerla dentro del año siguiente a la terminación del contrato. Consulte todos los requisitos en nuestro portal web www.superfinanciera.gov.co, en el botón Consumidor Financiero/Funciones Jurisdiccionales / ABC sobre funciones jurisdiccionales de la SFC; así mismo en este botón puede bajar un modelo de demanda.

En cualquier momento Usted puede consultar el estado de su queja en nuestro portal web www.superfinanciera.gov.co e ir a *Servicios al Ciudadano/Consulte el estado de su trámite*; telefónicamente a través de nuestro Centro de Contacto, al 3078042 en Bogotá o mediante la línea gratuita nacional 018000 120100, o personalmente en nuestras oficinas del Punto de Contacto ubicadas en la Calle 7ª No 4-49 de Bogotá, de lunes a viernes de 8:15 a.m. a 4:15 p.m.

Lo invitamos a evaluar la calidad de nuestro servicio diligenciando la "Encuesta de medición y análisis de satisfacción del cliente", la cual podrá encontrar en www.superfinanciera.gov.co, enlace Participación Ciudadana/Encuesta de satisfacción.

Conozca el Programa de Educación Financiera de la SFC, el cual proporciona diversas herramientas gratuitas que están a disposición de todos. ¡Entre, disfrute y aprenda!! Consulte éstos y más detalles del programa en nuestro portal WEB en el ícono de Consumidor Financiero.

Cordialmente,



EDNA CRISTINA LOSADA MANCHOLA

92051-GESTOR DE INFORMACIÓN INDUSTRIA DE SEGUROS PENSIONES Y OTROS

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.

Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01

www.superfinanciera.gov.co



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GESTOR DE INFORMACIÓN INDUSTRIA DE SEGUROS PENSIONES Y OTROS

Copia a:

Elaboró:

Revisó y aprobó:

EDNA CRISTINA LOSADA MANCHOLA



Bogotá D.C, 30 de diciembre de 2019
GVI - 1993

Señora:
QUICENO RAIGOZA LUZ MARY
diosesamor_mary@hotmail.com
Carrera 8 número 47 – 97
Barrancabermeja

ASUNTO: RESPUESTA RFC 1900003567
RESCISIÓN PÓLIZA DE VIDA HOY Y MAÑANA No. 1203004778-3

Respetada Sra. Luz Mary:

En atención a su requerimiento en el cual nos manifiesta su inconformidad y rechazo total a las afirmaciones realizadas sobre el estado cancelado de la póliza de vida Hoy y Mañana No. 1203004778-3, nos permitimos informarle que la póliza en mención fue adquirida el 19 de enero de 1999 y revocada un año después, esto fue en octubre de 2000 tal como se refleja en los aplicativos historizados.

Producto del dinero de la revocación de la póliza del asunto se constituyó la póliza Hoy y Mañana Dólares No. 1210000037-1, la cual estuvo vigente hasta el 8 de octubre de 2004 de acuerdo a la revocación realizada también en esta.

Por otra parte, nos llama la atención que nos indique que se le han enviado diferentes comunicaciones certificando la vigencia de la póliza para lo cual agradecemos si tiene soportes de lo afirmado por usted nos los haga llegar.

Para Allianz Seguros S. A. es primordial el contacto permanente con sus clientes con la premisa e intención de atender de manera oportuna todas sus solicitudes y requerimientos, así como poder ser retroalimentados acerca de las experiencias vividas con nuestros servicios.

Le recordamos que, en lo referente a temas de peticiones, quejas o reclamos, usted podrá llamarnos al Contact Center de Allianz, línea nacional 01-8000-514405, en Bogotá al 606-5903 o al correo electrónico rovidaindividual@allianz.co

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
Allianz Seguros S. A.
servicioalcliente@allianz.co