

Autorización de Pagos



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

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

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

Ramo: Póliza: Ciudad: Fecha: DÍA MES AÑO

Vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Indique los vínculos existentes entre tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Familiar Comercial Laboral Otro ¿Cuál?

Persona Natural

Primer apellido Segundo Apellido Nombres Completos

Documento de Identidad

Fecha de expedición

Lugar de expedición

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 type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	C. Extranjería <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/>	
No <input type="text"/>		No <input type="text"/>		No <input type="text"/>
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad 1: Nacionalidad 2:	Dirección de Residencia	E-mail
Ciudad	Teléfono	Oficio o profesión	Actividad: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	
Empresa donde trabaja	Teléfono	Dirección comercial	Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:		
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Actividad económica	Código CIU			
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)			
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)			
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)			
Concepto otros ingresos				

Persona Jurídica

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

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad 1: Nacionalidad 2:		
Dirección		Ciudad	Teléfono		

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

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación	Si Tipo de Identificación es "CE" u "OTRO" Informe nacionalidad del accionista
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
Descripción de la Actividad económica				Código CIU
Especifique				
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales(Pesos)		
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)		
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)		
Concepto otros ingresos				

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

Realiza transacciones en moneda extranjera	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál	Indique otras operaciones		
Productos financieros en el exterior						
¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros

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

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado

Observaciones por parte del cliente

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 _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No _____ 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 _____, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula 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)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
		<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> 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.

Bancolombia:	Tarjeta Allianz:
Cheque <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/>	

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

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de _____, 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., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
Nombre: _____ C.C. No. _____	Huella Índice Derecho del Cliente

Tipo de cuenta Corriente Ahorros

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 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 ó 15 dígitos	9 ó 15 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
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
Cooameva	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.