

Histórico de Asesorías realizadas al Afiliado

Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Nit. 830.101.782-6

Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860.027.404-1

Fondo Voluntario de Pensiones

N° de Afiliación

Actualización de datos Si No

Fecha de diligenciado

Datos Básicos

| | | |
|---|--------------------------|---|
| Nombre del Afiliado | Número de Identificación | N° Contrato |
| Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> Número Diplomático <input type="checkbox"/> Número Único de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> | | ¿Aplicó alguna campaña o estrategia? ¿Cuál? |

Gestión Realizada

| | | |
|--|---|---|
| Asesoría Financiera en: Rentabilidad de Producto <input type="checkbox"/> Extracto <input type="checkbox"/> Alternativa de Inversión <input type="checkbox"/> Criterios de Inversión <input type="checkbox"/> | Asesoría Tributaria en: Retención en la Fuente <input type="checkbox"/> Compra de Vivienda <input type="checkbox"/> ¿Otra? <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____ | Incremento de aportes Asesoría <input type="checkbox"/> Financiera General <input type="checkbox"/> Asesoría Pensional, Plan de Retiro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ |
| Vinculación al Producto | Plan Individual <input type="checkbox"/> Plan Empresarial <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Cuál? _____ | |
| Asesoría en Productos y/o Servicios | Plan Individual <input type="checkbox"/> Plan Empresarial <input type="checkbox"/> Pignoración <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Cuál? _____ | |
| Cambio de asesor | | |

Firmas

Recibió Visita: Afiliado Otra Persona ¿Quién? _____

| | |
|---|--|
| Firma del Afiliado _____ C.C. _____ | Firma Financial Planner _____ C.C. _____ |
|---|--|

Para uso Interno del Fondo Voluntario de Pensiones

Cambio de Consultor: Si No Motivo del Cambio: Solicitud del Afiliado Decisión del Director Cambio de Ciudad Otro ¿Cuál? _____

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Registrado por _____ C.C. _____ | Aprobado por _____ C.C. _____ |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

Observación / Justificación

Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá al 594 1130 - A nivel nacional a la línea 018000 514400
www.allianz.co/ahorro-e-inversion

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Nit. 830.101.782-6
Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860.027.404-1

Fondo Voluntario de Pensiones

Fecha de Solicitud

N° de Afiliación

1. INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL AFILIADO

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------|--|
| Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> | | No. de documento | Fecha de Expedición <input type="text" value="DDMMAAAA"/> | Lugar de Expedición | Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Nacimiento/Constitución <input type="text" value="DDMMAAAA"/> | Ciudad de Nacimiento/Constitución | País de Nacimiento/Constitución | Nombre Completo ó Razón Social | | |

2. INFORMACIÓN BÁSICA PERSONAL

| | |
|---|---|
| Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> | Actividad Económica Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> |
| Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> | Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |

3. INFORMACIÓN DE LOCALIZACIÓN Y CORRESPONDENCIA

| | | | |
|---------------------|---|----------------------------|---|
| Residencia | | | |
| Dirección | Departamento | Ciudad | Barrio |
| Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico | Envío de correspondencia Electrónico <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> No enviar <input type="checkbox"/> |
| Comercial/Empleador | | | |
| Razón Social | Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> | Código CIU del Solicitante | Fecha de Vinculación <input type="text" value="DDMMAAAA"/> |
| Nit | Dirección | Ciudad | Departamento |
| Teléfono Fijo | Celular | Correo Electrónico | Barrio |

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------------|------------------|---------------|
| Ingresos Mensuales \$ | Egresos Mensuales \$ | Total de Activos \$ | Total Pasivos \$ | Patrimonio \$ |
| Origen de los Ingresos | Otros Ingresos \$ | Concepto de Otros Ingresos | | |

5. CUENTAS PARA ABONOS Y RETIROS

| | | | |
|---|---|------------------|--|
| CUENTA PARA RETIROS | | | |
| Nombre de la entidad | Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | Número de cuenta | |
| CUENTA PARA DÉBITO AUTOMÁTICO Incluir este medio de recaudo (Diligenciar sólo si eligiera este nuevo medio de recaudo) <input type="checkbox"/> Autorizo la cancelación de este medio de recaudo <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre de la entidad | Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | Número de cuenta | Valor \$ |
| | | | Fecha de aporte 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> |

6. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Autorizo descontar de mi salario el monto de los aportes de acuerdo con las condiciones señaladas, suma que debe ser consignada por mi empleador a mi nombre, en la cuenta individual del Fondo de Pensiones Voluntarias Allianz. (Deberán realizar el proceso de afiliación empresarial correspondiente)

Valor \$ Periodicidad

| | |
|---------------------------|------------------------|
| Información del empleador | N° Tarjeta Empresarial |
| Nit del empleador | Nombre o razón social |
| Actividad Económica | Ciudad |
| | Teléfono |

7. FIRMA DEL AFILIADO

REGLAMENTO DÉBITO AUTOMÁTICO

Como titular de la cuenta señalada (cliente), autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudo, efectuaré los reclamos única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera. Como titular de la cuenta señalada me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que deriven de no declarar la condición de manejo de las firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa. Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Si NO Realizar la evaluación de la solicitud para la apertura y/o vinculación a los productos y/o servicios ofrecidos por la Compañías; valorar el riesgo que se pueda derivar de la relación contractual; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato 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 o terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas.

Si NO 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 las Compañías podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.

Si NO 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.

Declaro que:

- La información aquí consignada corresponde a la realidad.
- Autorizo irrevocablemente a Allianz Seguros de Vida S.A. para consultar y/o reportar a las centrales de riesgo mi información comercial disponible.
- Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. a realizar débitos de la cuenta registrada en este formulario en el campo <<Débito Automático>> por el valor y la periodicidad consignadas en este medio de recaudo.

| | |
|--|-----------------------|
| Firma de Cliente <input type="text" value="DDMMAAAA"/> | |
| Tipo y N° de Documento | Huella Índice Derecho |

8. PARA USO EXCLUSIVO DE ALLIANZ

| | |
|--|--|
| Firma del Financial Planner | Vo.Bo. Team Manager - Director Comercial |
| Nombre _____ | Nombre _____ |
| C.C. _____ Clave <input type="text" value=""/> | C.C. _____ |

Certifico que la entidad y los datos del solicitante fueron diligenciados y verificados en mi presencia en la fecha de la solicitud y que el cliente cumple con las políticas de aceptación y margen de tolerancia cero de la Compañía.

Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá al 594 1130 - A nivel nacional a la línea 018000 514400

www.allianz.co/ahorro-e-inversion

Una compañía de Allianz 

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

FV017-ENE2019