SOLICITUD DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL

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

País | Ciudad | Fecha de Solicitud (D D M M A A A A) | N° de Afiliación

Tipo de Solicitud: Individual ☐ Empresarial ☐ Recaudador ☐ Razón social | Nº Contrato

1.INFORMACIÓN BÁSICA PERSONAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos	
Tipo de Documento: C.C. ◯ T.I. ◯ C.E. ◯ P.A. ◯ R.C. ◯	Número de Identificación	Fecha de Expedición (D D M M A A A A)	Lugar de Expedición / Número de hijos
Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)	Ciudad de Nacimiento	País de Nacimiento	País de Residencia / Sexo: M ◯ F ◯

Estado Civil: Soltero ◯ Separado ◯ Viudo ◯ Casado ◯ Unión Libre ◯

Actividad Económica: Empleado ◯ Independiente ◯ Militar ◯ Rentista ◯ Estudiante ◯ Pensionado ◯ Otro ◯ _____

Nivel de Estudios: Bachiller ☐ Pregrado ☐ Posgrado ☐ Otro ☐

2. INFORMACIÓN DE LOCALIZACIÓN Y CORRESPONDENCIA

Residencia

Dirección	Departamento	Ciudad	Barrio
Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico	Envío de correspondencia: Electrónico ◯ Físico ◯ No enviar ◯

Comercial/Empleador

Razón Social	Nit	Código CIIU del Solicitante	Fecha de Vinculación (D D M M A A A A)	Cargo Actual
Profesión u oficio	Dirección	Ciudad	Departamento	Barrio
Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Realiza Transacciones en Moneda Extranjera Si ◯ No ◯ ¿Cuál?

Declaración de Renta y Complementarios
Bajo la gravedad de juramento certifico que Si ◯ No ◯ estoy obligado(a) a declarar renta.

¿Posee Productos Financieros en el Exterior? Si ◯ No ◯ | **¿Posee Cuentas en Moneda Extranjera?** Si ◯ No ◯ | Tipo de Producto | Identificación o Número de Producto

Entidad	Monto $	Ciudad	Pais	Moneda

Información PEP (Persona expuesta públicamente) Declara Que: Por su cargo o actividad ¿maneja recursos públicos? Si ◯ No ◯	¿Existe algún vinculo entre Ud. y una persona públicamente expuesta? Si ◯ No ◯	Por su actividad u oficio, ¿Goza usted de reconocimiento público general? Si ◯ No ◯	¿Posee o ejerce algún grado de poder público? Si ◯ No ◯	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

4. AUTOCERTIFICACIÓN FATCA Y CRS

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).

	PAISES DE RESIDENCIA FISCAL (No aplica si el país de residencia es Colombia)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA/TIN* (No aplica si el país de residencia es Colombia)	TIPO DE DOCUMENTO (Ej. Pasaporte)	FECHA DE CADUCIDAD (No aplica si el país de residencia fiscal es Colombia)	SI NO POSEE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA EXPLIQUE LA RAZÓN A*, B**, C*** (No aplica si el país de residencia es Colombia)
1					
2					
3					

En caso de tributación en EE.UU incluya 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).

5. INFORMACIÓN DE INVERSIÓN

Tipo de Aporte: Periódico ◯ Valor aporte $ _____ Único ◯ Valor aporte inicial $ _____

Objetivo de Inversión = 100 % AHORRO ___ % EDUCACIÓN ___ % PENSIÓN ___ % VEHÍCULO ___ % VIVIENDA ___ % **OTRO** _____ ___ %

ALTERNATIVAS DE INVERSIÓN						
ALTA LIQUIDEZ	%	%	%	%	%	%
DIVERSIFICADO	%	%	%	%	%	%
RENTA FIJA PESOS MEDIANO PLAZO	%	%	%	%	%	%
VISTA CONSERVADOR	%	%	%	%	%	%
OTRO_____	%	%	%	%	%	%
OTRO _____	%	%	%	%	%	%
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A.

SOLICITUD DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL

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

6. INFORMACIÓN DE CUENTAS PARA ABONOS Y RETIROS

CUENTA PARA ABONOS Y RETIROS

Nombre de la entidad	Tipo de cuenta	Número de cuenta
	Ahorros ◯ Corriente ◯	

CUENTA PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Nombre de la entidad	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Valor	Fecha de aporte
	Ahorros ◯ Corriente ◯		$	15 ◯ 30 ◯

7. SERVICIOS ELECTRÓNICOS

Autorizo al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico consignadas en este formulario, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que esté relacionada con los servicios que el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS presta, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo y asumo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS, a cualquier tercero o a mí. **Solicitud de clave para acceder a los servicios:** Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS la adjudicación de una clave de acceso para los servicios electrónicos ofrecidos en los términos y condiciones contenidos en el reglamento y acepto la responsabilidad por el uso y confidencialidad de la clave, la cual me es entregada por el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS y tiene el carácter de personal e intransferible. Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS el envío de la clave por correo electrónico a la dirección consignada en el campo E-mail del numeral 2 de este formulario**. Notificación de Cambios y Novedades de Direcciones:** Me obligo a notificar al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS cualquiera de las siguientes situaciones relacionadas con mi clave y la dirección de correo electrónico:**1.** Pérdida o robo de clave, 2. Uso no autorizado de la clave, 3. Cambio de las direcciones de correo electrónico, 4. Alguna falla, error o hecho inusual en la utilización de la clave o de las direcciones de correo electrónico, 5. Acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico asignadas en este documento.

8. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. MANIFIESTO DE APORTES: En cumplimiento de todas las normas vigentes, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondos al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros de manera voluntaria y dando certeza de todo lo que aquí consigno es cierto y susceptible de verificación:
1.1. Los recursos depositados como aportes voluntarios provienen de: Patrimonio ☐ Ingresos* ☐ *Si son ingresos diligencie el punto 1.2
1.2. Me permito manifestar que el aporte que hago el día de hoy, por la suma establecida, proviene de ingresos que ya fueron objeto de retención en la fuente SI ◯ NO ◯
(indicar cuál es la retención contingente) _____ En el evento que los ingresos provengan de una fuente diferente o tenga un tratamiento tributario diferente, aportaré los certificados pertinentes.
1.3. Me permito manifestar que todos los aportes que efectúe al Fondo Voluntario de Pensiones mediante el mecanismo de débito automático de la cuenta registrada para tal fin son provenientes de mi patrimonio y no de ingresos por lo tanto no serán utilizados como beneficio tributario en el respectivo periodo fiscal.
1.4. En el evento en que los aportes que realice provengan de una fuente diferente o tenga tratamiento tributario diferente, aportaré las certificaciones respectivas.
2. 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 EL FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS, administrado por Allianz Seguros de Vida, S.A., ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.
3. 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.
4. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.
5. ENTREGA DE CONDICIONES Declaro que he recibido de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado, así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociables.
6. DECLARACIÓN Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.
7. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

a. 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.

b. 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.

c. 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.

8. El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión de sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ en Bogotá 5941130 o a Nivel Nacional 018000514405 ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al Cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co
9. Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna.
10. He sido informado del reglamento y la tarjeta de afiliación al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros y hago constar que conozco los derechos y obligaciones derivados de mi vinculación al mismo y lo acepto integralmente.
11. Autorizo al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Administrado por 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.
12. Acepto que el Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros Administrado por Allianz Seguros de Vida S.A no adquiere ninguna responsabilidad por las decisiones que como consecuencia de la asesoría de inversiones, fiscal o tributaria que hayan realizado.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma,
ACEPTACIÓN
Declaro que he recibido la información técnica necesaria por parte de mi asesor financiero lo que me permite garantizar que conozco y acepto:
1. Las características de dicho plan, los portafolios de inversión que lo componen y los riesgos de volatilidad que están asociados al mismo, así como el horizonte de tiempo mínimo esperado para mi inversión. 2. Que se identificó mi perfil de riesgo de acuerdo con mis características, expectativas y necesidades.

Firma de Cliente D D M M A A A A

C.C.

Huella Índice Derecho

Para uso exclusivo de Allianz

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA
Lugar (Especifique):_____
Fecha: D D M M A A A A Hora: _____
Observaciones:

Nombre de la persona que realiza _

Categoría Sucursal Clave

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Fecha: D D M M A A A A Hora: _____
Observaciones

Nombre de la persona que realiza y cargo:

VALIDACIÓN DIRECTOR COMERCIAL
Firma del Director Comercial

Nombre_____
Suc

"Nota: El Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros es un patrimonio autónomo administrado por Allianz Seguros de Vida S.A. Las Autorizaciones otorgadas al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros en este formulario se entenderán otorgadas a Allianz Seguros de Vida S.A."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Allianz Seguros de Vida S.A.

Con el fin de conocer el perfil de riesgo que se adapte mejor a su objetivo de inversión y así poderle brindar una mejor asesoría, lo invitamos a responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el horizonte de tiempo que tiene planeado para su inversión?
- ◯ a) Menos de un año.
- ◯ b) Entre 1 y 3 años.
- ◯ c) Superior a 3 años.

2. ¿De dónde proviene el dinero que desea invertir?
- ◯ a) De mi trabajo, son aportes mensuales de nómina.
- ◯ b) De mi trabajo y de ahorros.
- ◯ c) Excedentes de Capital.

3. ¿De sus ingresos actuales a que porcentaje equivaldría la contribución a realizar?
- ◯ a) Menor al 10%
- ◯ b) Entre el 10% y el 20%
- ◯ c) Mayor al 20%

4. ¿Cuál es el Objetivo que tengo de mi inversión?
- ◯ a) Preservar el Capital inicial, asumiendo un riesgo bajo.
- ◯ b) Preservar el capital con objetivo de crecimiento a mediano plazo.
- ◯ c) Crecimiento de Capital, asumiendo un mayor riesgo de mi inversión.

5. ¿Cuál es su experiencia y conocimiento a la hora de hacer inversiones?
- ◯ a) Ninguna.
- ◯ b) Tengo algún conocimiento y me apoyo en la asesoría de expertos.
- ◯ c) Tengo conocimiento y usualmente realizó mis inversiones de manera autónoma, sin recurrir a ningún tipo de asesoría.

6. ¿Cual considera que es su perfil de inversión?
- ◯ a) Conservador: Tengo poca tolerancia al riesgo. No me siento cómodo con la fluctuación de la rentabilidad de las inversiones. Busco la preservación de capital
- ◯ b) Moderado: Estoy dispuesto a asumir fluctuaciones y pérdidas moderadas del capital, buscando obtener un crecimiento moderado en el tiempo.
- ◯ c) Dinámico: Alto nivel de fluctuación y posible pérdida prolongada de capital en la búsqueda de mayores retornos.

7. Esta dispuesto a que parte o la totalidad de sus recursos se inviertan en alternativas con participación de activos en el exterior.
- ◯ a) No, quiero que todas mis inversiones se hagan en activos en pesos en Colombia.
- ◯ b) Aceptaría que una porción de mis recursos se invierta en este tipo de activos, para poder obtener una mayor diversificación, asumiendo riesgo de tasa de cambio.
- ◯ c) Sí, me gustan este tipo de inversiones, asumiendo riesgo de tasa de cambio.

8. Si su inversión comienza a perder valor ¿que haría?
- ◯ a) Vendo inmediatamente, no puedo arriesgarme a que se pierda mi dinero.
- ◯ b) Esperaría un tiempo prudencial y le haría seguimiento a la inversión si esta no mejora en el mediano plazo, recompongo mi inversión.
- ◯ c) Me espero, sé que invierto con un horizonte de largo plazo, entiendo que este tipo de inversión puede experimentar rentabilidades negativas.

FVP001- ENE-2020

De acuerdo a la encuesta realizada Ud. obtuvo un puntaje de: _____ por lo que su perfil de riesgo es:

- ☐ Conservador
- ☐ Moderado
- ☐ Dinámico

Teniendo en cuenta su perfil de riesgo le recomendamos los siguientes portafolios:

Perfil	Nombre	%
Conservador	Altaz liquidez	
	Vista Conservador	
	Otro:	
Moderado	Renta fija mediano plazo	
	Diversificado	
	Plan de ahorro educativo	
	Diversificado moderado	
	Otro:	
Dinámico	Renta fija dólar	
	Renta fija largo plazo	
	Acciones Ecopetrol	
	Acciones ISA	
	Acciones Colombia	
	Otro:	
	Total	100%

Recuerde que si usted decide elegir un portafolio que no se ajusta a su perfil, lo puede hacer bajo su propia responsabilidad y asumiendo los riesgos de volatilidad que estén asociados.

(Portafolio seleccionado diferente al perfil de riesgo)

Yo _____ acepto bajo mi responsabilidad y asumo los riesgos inherentes del portafolio _____, como el riesgo de volatilidad del mismo, en el cual he decidido realizar mi inversión y no se ajusta a mi perfil de riesgo.

Firma aceptación del Cliente

_____

Nombre:

C.C.

Firma del Asesor

_____

Nombre:

C.C. Clave:

Firma del Cliente

A A A A M M D D

_____

Nombre:

C.C.

Índice Derecho

FVP001- ENE-2020