

# Solicitud de afiliación Empresarial

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

Plan Ideal Pensiones Voluntarias  Recaudador  Patrocinador  Número de Tarjeta/Contrato

### Información empleador

Fecha de Afiliación  Ciudad  Sucursal   
Nombre o razón social   
Nit  C.C.  No. de Documento  Ciudad Exp.  Fecha Exp.   
Ciudad de Constitución  Fecha de Constitución   
País de Constitución  Tipo de Sociedad: Pública  Privada  Mixta  Otra   
Clasificación Fiscal: Común  Simplificada  Otro   
Actividad económica

	Dirección	Ciudad	Teléfono 1	Teléfono 2	Celular	Email	Fax
Comercial							
Correspondencia							
Otra							

### Información representante legal

Primer Apellido  Segundo Apellido  Nombre   
C.C.  C.E.  No. de documento  Ciudad de Exp.  Fecha Exp.   
Ciudad de nacimiento  Fecha de nacimiento

### Información Financiera Persona Jurídica

Ingresos mensuales \$  Egresos mensuales \$  Total activos \$   
Total pasivos \$  Otros ingresos \$  Ventas anuales \$   
Origen de los ingresos

### Información Persona de contacto

Nombre   
Cargo   
Teléfono 1  Teléfono 2   
E-mail 1  E-mail 2

### Firma del Representante Legal

Declaro que:  
1. La información aquí consignada corresponde a la realidad.  
2. He recibido la tarjeta de afiliación de ALLIANZ y hago constar que conozco los derechos y obligaciones derivados de mi vinculación al mismo y lo acepto integralmente.  
3. Autorizo irrevocablemente a ALLIANZ, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA para consultar y/o reportar a las centrales de riesgo mi información comercial disponible.  
4. Los aportes que depositaré en ALLIANZ, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA proceden de transacciones lícitas.  
5. Acepto que ALLIANZ, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA no adquieren ninguna responsabilidad por las decisiones que tomo como consecuencia de la asesoría de inversiones, fiscal o tributaria que hayan realizado.  
6. En mi calidad de Empleador o Trabajador independiente me comprometo a reportar la información cada vez que el/los beneficiario(s) goce(n) del beneficio tributario del que tratan las normas reglamentarias vigentes.

Firma y nombre de empleador/encargado de personal o afiliado

C.C.

Índice derecho

### Para uso exclusivo de Allianz

Certifico que la identidad 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.

Código Empresarial

Firma del asesor / FP  
Nombre   
C.C.  Clave

Vo.Bo. Team Manager - Director Comercial  
Nombre   
C.C.  Clave

Funcionario Allianz  
Nombre   
C.C.  Clave

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