

# 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

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

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>

## Persona Natural

Primer apellido  Segundo Apellido  Nombres Completos

## Documento de Identidad

<b>Personas Nacionales</b> Cédula <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> Fecha de expedición <input type="text"/> Lugar de expedición <input type="text"/>		<b>Personas Extranjeras</b> C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia: No <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de nacimiento  Lugar de nacimiento  Nacionalidad 1:  Dirección de Residencia  E-mail   
 Nacionalidad 2:

Ciudad  Teléfono  Oficio o profesión  Actividad: Independiente  Dependiente

Empresa donde trabaja  Teléfono  Dirección comercial  Ciudad

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI  NO   
 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 consideradamentSI  NO   
 Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

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

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
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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		
<b>Productos financieros en el exterior</b>						
¿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.

**PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.**  
**PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARA AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARA DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.**

<b>Bancolombia:</b>	<b>Tarjeta Allianz:</b>
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., 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 DATA CRÉDITO 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 Fasescolda- 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](http://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**

Huella Índice  
Derecho del Cliente

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_

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

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