

FECHA DE RADICACIÓN _____

PRODUCTO

PLUS

PLUS PESOS

GOLD

CARE

GROUP

IDENTIFICACIÓN ASEGURADO PRINCIPAL	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO PRINCIPAL		
DIRECCIÓN		CIUDAD
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO
IDENTIFICACIÓN ASEGURADO AFECTADO	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
NOMBRE ASEGURADO AFECTADO		
PÓLIZA		ASESOR

TIPO DE SERVICIO RECLAMADO (MARQUE CON UNA X EL SERVICIO RECLAMADO)

VALOR SOLICITADO A REEMBOLSAR	MONEDA		
CONSULTA MÉDICA	MEDICAMENTOS	HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	EXEQUIAS
TERAPIAS	URGENCIAS	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y LABORATORIOS	RENTA CLÍNICA Y CONVALESCENCIA

OBSERVACIONES

DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN SI ES LA PRIMERA VEZ QUE SOLICITA UN REEMBOLSO O SI DESEA MODIFICAR LA INFORMACIÓN BANCARIA REGISTRADA EN LA COMPAÑÍA.

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de 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 de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto _____ en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo que el valor sea consignado al Sr (a) _____ identificado con la cédula de ciudadanía /de extranjería o Nit. No. _____ con nacionalidad _____ en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

TIPO DE CUENTA Ahorros Corriente

CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA (según relación)

NÚMERO DE CUENTA (Validar según relación)

NOTA: No se aceptan cuentas bancaria compartidas. Para personas jurídicas debe anexar fotocopia de certificado de Cámara de Comercio.

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 veintitres (23) oficinas de la red nacional.

Bancolombia: Cheque Efectivo Nota: Para el pago en cheque o efectivo recuerde que cuenta con 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 (\$10.000.000,00) 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.

¿Desea que esta información bancaria sea aplicada a los reembolsos futuros? sí no

Nombre del Asegurado Principal _____

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 Colpatría	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
Cooomeva	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.