

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 - Fax 2107505 - 5616503, a nivel nacional a la línea 018000 514400 - www.planideal.com