

Actualización de datos Si No

Fecha de diligenciado

Datos Básicos

Nombre del Afiliado	Número de Identificación	N° Contrato
Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> Número Diplomático <input type="checkbox"/> Número Único de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/>		¿Aplicó alguna campaña o estrategia? ¿Cuál?

Gestión Realizada

Asesoría Financiera en: Rentabilidad de Producto <input type="checkbox"/> Incremento de aportes <input type="checkbox"/> Extracto <input type="checkbox"/> Asesoría Financiera General <input type="checkbox"/> Alternativa de Inversión <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Criterios de Inversión <input type="checkbox"/>		Asesoría Tributaria en: Declaración de Renta <input type="checkbox"/> Asesoría Tributaria General <input type="checkbox"/> Retención en la Fuente <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Compra de Vivienda <input type="checkbox"/> Simulador Tributario <input type="checkbox"/>	
Vinculación al Producto	Plan Individual <input type="checkbox"/> Plan Empresarial <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Cuál? _____		
Asesoría en Productos y/o Servicios	Plan Individual <input type="checkbox"/> Plan Empresarial <input type="checkbox"/> Pignoración <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Cuál? _____		
Cambio de asesor			

Firmas

Recibió Visita: Afiliado Otra Persona ¿Quién?

Firma del Afiliado C.C. _____	Firma Financial Planner C.C. _____
--------------------------------------	---

Para uso Interno del Fondo Voluntario de Pensiones

Cambio de Consultor: Si No Motivo del Cambio: Solicitud del Afiliado Decisión del Director Cambio de Ciudad Otro ¿Cuál? _____

Registrado por C.C. _____	Aprobado por C.C. _____
----------------------------------	--------------------------------

Observación / Justificación

Actualización de datos

El Capítulo 11 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, establece que todos los usuarios del sistema financiero en Colombia, están en la obligación de actualizar sus datos, por lo menos una vez cada año. Esta actualización le permite a usted cumplir con su deber y a nosotros ofrecerle el más completo acompañamiento. Para hacerle más ágil este proceso, si al revisar sus datos estos no han cambiado con respecto a la última actualización, indíquelo con una X.

Datos Personales	Nombre del Afiliado		Número de identificación		Fecha <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>	
	Tipo de Identificación		Ciudad y Fecha de Nacimiento			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Número Único de Identificación <input type="checkbox"/>		C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/>		Fecha de Expedición	
	Dirección y Ciudad de Residencia		Teléfono Contacto		Teléfono Celular	
	Actividad Económica		Autorizo envío de información por E-mail		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo Link <input type="checkbox"/> Anexo <input type="checkbox"/>		E-mail		Ocupación	
	Profesión u Oficio		Estado Civil		Número de Hijos	
	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Tiene hijos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Condición del Afiliado	
	Ilocalizable <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Fuera del País <input type="checkbox"/>		Nombre completo		Tipo de Identificación	
	Fecha de Nacimiento		Nombre completo		Fecha de Nacimiento	
Nombre completo		Fecha de Nacimiento		Nombre completo		
Fecha de Nacimiento		Nombre completo		Fecha de Nacimiento		
Hobbies		Gastronomía <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/>		Otro ¿Cuál?		
Datos Laborales	Nit del Empleador		Razón social			
	Dirección		Teléfono Empleador		Fax Empleador	
	Ciudad					
	Indique los conceptos que corresponden a los ingresos mensuales		Arrendamientos <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Estrato socio-económico <input type="checkbox"/>		Provenientes del exterior <input type="checkbox"/> Rendimientos financieros <input type="checkbox"/> Salario ingresos laborales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Seleccione el rango que corresponde al total de los ingresos mensuales		Seleccione el rango que corresponde al total de los egresos mensuales		Declara renta		
Menor de 6 smlv <input type="checkbox"/> Entre 12 y 20 smlv <input type="checkbox"/> Entre 30 y 50 smlv <input type="checkbox"/> Mayor a 50 smlv <input type="checkbox"/>		Menor de 6 smlv <input type="checkbox"/> Entre 12 y 20 smlv <input type="checkbox"/> Entre 30 y 50 smlv <input type="checkbox"/> Mayor a 50 smlv <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Entre 6 y 12 smlv <input type="checkbox"/> Entre 20 y 30 smlv <input type="checkbox"/>		Entre 6 y 12 smlv <input type="checkbox"/> Entre 20 y 30 smlv <input type="checkbox"/>				
Total activos en pesos		Total pasivos en pesos		Total patrimonio en pesos		
PEP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Categoría del PEP <input type="checkbox"/> Político <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Deportista <input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Farándula <input type="checkbox"/> Ciencia <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>				
Manifestación de relación de operaciones en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de operaciones en moneda extranjera		Productos que posee en otra moneda, entidad, monto, ciudad, país y moneda		

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:

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., FIDUCIARIA COLSEGUROS 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 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 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.

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: (i) quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA y sus filiales, (iii) operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; iv) 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, niñas 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, sin importar el medio a través del cual se realice (mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros); iv) fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales, así como para fines tributarios incluidas las autoridades de otros países. 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. Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 de Bogotá, teléfono 5600600. Se le informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co. 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.

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 negociales.

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. En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

Firma del Afiliado <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center; color: gray;">Huella</div>	Firma Financial Planner
C.C. _____	C.C. _____