

Formato de Actualización de Datos

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

Fecha de solicitud Número de cuenta

1. Información Exclusiva del Afiliado Ahorrador

C.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. de documento	Fecha de expedición <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Ciudad de Expedición					
Nombre o razón social							
Primer apellido	Segundo apellido	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>					
Fecha de nacimiento/Constitución <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Ciudad de nacimiento/Constitución	País de nacimiento/Constitución					
Particular	Dirección	Ciudad	Teléfono 1	Teléfono 2	Celular	Email	Fax
Comercial							
Correspondencia							
Otra							

2. Datos Particulares Persona Natural Tomador Seguro / Afiliado ahorro

Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Fun. Público <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual <input type="text"/>	
Nivel Académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Profesión <input type="checkbox"/>	
Deportes que practica:	

3. Información Financiera Persona Jurídica y Natural Tomador Seguro / Afiliado ahorro

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

4. Cuenta para Abono de Retiros

Nombre de la entidad	Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Número <input type="text" value=""/>	Ciudad

5. Cuenta para Débito Automático*

- Incluir este medio de recaudo. (Diligenciar sólo si eligiera este nuevo medio de recaudo)
- Autorizo la cancelación de este medio de recaudo

La siguiente información sólo aplica para entidades afiliadas a las redes que tengan convenio con Allianz.

Nombre de la Entidad	Valor \$ <input type="text" value=""/>	
Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No. <input type="text" value=""/>	Ciudad	Fecha de Descuento: 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>

*Ver reglamento Débito Automático al respaldo del formulario

6. Autorización de Descuento por Nomina*

(Diligenciar sólo si eligiera este medio de recaudo) * Solo para trabajadores dependientes

Autorizo descontar de mi salario el monto de los aportes de acuerdo con las condiciones señaladas, suma que debe ser consignada por mi empleador a mi nombre, en la cuenta individual del Fondo de Pensiones Voluntarias Allianz. (Deberán realizar el proceso de afiliación empresarial correspondiente)

Valor \$ Periodicidad

Información del empleador	Entidad agrupadora <input type="text" value=""/>	
Nit del empleador <input type="text" value=""/>	Nombre o razón social	
Actividad Económica	Ciudad	Teléfono

7. Información del representante legal Tomador Seguro / Afiliado Empresarial Ahorro

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre o razón social	
C.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. de documento	Expedido en	Fecha <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Fecha de nacimiento <input type="text" value="DDMMAAAA"/>

Firma del Afiliado

Declaro que:

- La información aquí consignada corresponde a la realidad.
- Autorizo irrevocablemente a Allianz Seguros de Vida S.A. para consultar y/o reportar a las centrales de riesgo mi información comercial disponible.
- Autorizo a Allianz Seguros de Vida S.A. a realizar débitos de la cuenta registrada en este formulario en el campo <<Débito Automático>> por el valor y la periodicidad consignadas en este medio de recaudo.

C.C. _____

Índice derecho

Para uso exclusivo de Allianz

Firma del asesor / FP	Vo.Bo. Team Manager - Director Comercial	Funcionario que Tramita
Nombre _____	Nombre _____	Nombre y Firma _____
C.C. _____ Clave <input type="text" value=""/>	C.C. _____ Clave <input type="text" value=""/>	

Certifico que la entidad 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.

Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá al 594 1130 - 5616503, a nivel nacional a la línea 018000 514400 - www.planideal.com

No. De Contrato

Reglamento Débito Automático.

Como titular de la cuenta señalada (cliente), autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudo, efectuaré los reclamos única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que deriven de no declarar la condición de manejo de las firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa.

Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.

Las condiciones y reglamentación que rigen a los beneficiarios están consignadas en el reglamento del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros

Servicios Electrónicos

Autorización de envío de información de Correo Electrónico:

Por medio del presente documento autorizo al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico consignadas en este formulario, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que esté relacionada con los servicios que el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* presta, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo y asumo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS*, a cualquier tercero o a mí.

Solicitud de clave para acceder a los servicios:

Como cliente solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* la adjudicación de una clave de acceso para los servicios electrónicos ofrecidos en los términos y condiciones contenidos en el reglamento y acepto la responsabilidad por el uso y confidencialidad de la clave, la cual me es entregada por el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* y tiene el carácter de personal e intransferible. Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* el envío de la Clave por correo electrónico a la dirección consignada en el campo E-mail 1 de este formulario.

Notificación de Cambios y Novedades de Direcciones:

Como cliente me obligo a notificar al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS* cualquiera de las siguientes situaciones relacionadas con mi clave y de la dirección de correo electrónico:

1. Pérdida o robo de la clave, 2. Uso no autorizado de la clave, 3. Cambio de las direcciones de correo electrónico, 4. Alguna falta, error o hecho inusual en la utilización de la clave o de las direcciones de correo electrónico, 5. Acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico asignadas en este documento.

*Como usuario de los servicios electrónicos del FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS acepto conocer que la seguridad de la información transmitida a través de internet, no es responsabilidad del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros..

- Deseo recibir toda la información relacionada con los productos y ofertas de ALLIANZ.
- Deseo recibir sólo la información relacionada con los productos que hacen parte de "Plan Ideal".
- No deseo recibir ninguna clase de información relacionada con otros productos y ofertas ALLIANZ.

Fecha de Diligenciamiento
 Certifico que la información aquí consignada corresponde a la realidad

Firma del Solicitante Índice derecho

Nombre del Solicitante
 Tipo y Número de Documento

FVP014-OCT2017