

# SOLICITUD 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

## 1. INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL AFILIADO / APODERADO O MANDATARIO

Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de Expedición <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Lugar de Expedición	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Apoderado/Mandatario <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento/Constitución <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Nacionalidad	País de Nacimiento /Constitución	País de residencia	Nombre Completo ó Razón Social

## 2. INFORMACIÓN BÁSICA PERSONAL

Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	Actividad Económica Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
---	---

## 3. INFORMACIÓN DE LOCALIZACIÓN Y CORRESPONDENCIA

Residencia				
Dirección	País	Departamento	Ciudad	Barrio
Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico	Envío de correspondencia Electrónico <input type="checkbox"/> No enviar <input type="checkbox"/>	
Comercial/Empleador				
Razón Social	Nit	Código CIU del Solicitante	Fecha de Vinculación <input type="text" value="DDMMAAAA"/>	Cargo Actual/Actividad u oficio

## 4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Total de Activos	Total Pasivos	Patrimonio
Origen de los Recursos Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/>	Declaración de Renta y Complementarios: Bajo la gravedad de juramento certifico que estoy obligado(a) a declarar renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de PEP: <input type="checkbox"/> PEP Nacional <input type="checkbox"/> PEP Extranjero <input type="checkbox"/> PEP Organización Internacional		¿Es una persona expuesta políticamente (PEP)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**Persona Expuesta Políticamente (PEP) nacional (1):** Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. Sin perjuicio de lo anterior, consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**PEP extranjeros (2):** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

**PEP de organizaciones internacionales (3):** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. En ningún caso, dichas categorías comprenden funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

Si eres PEP diligenciar la información registrada en el siguiente cuadro:

No	Tipo de PEP	Entidad	Cargo	Fecha Vinculación	¿Sigue vinculado a esa entidad?	¿Maneja cuentas financieras extranjeras? ¿Dónde?

¿Existe algún vínculo familiar, civil o de asociado entre usted y una PEP? Si  No . Si la respuesta es SI, diligenciar el siguiente cuadro:

Tipo de Vínculo*	Nombre Completo del PEP	Tipo de Documento	No. de Documento	País de Nacionalidad	Entidad Cargo	Fecha de vinculación al cargo Año / Mes / Día	¿Sigue vinculado a esa entidad?	¿Maneja cuentas financieras extranjeras?

\*Identifique las PEP con las que usted está vinculado (Abuelos, Cuñados, Esposo, Hermanas, Hijos, Hijos adoptivos, Nietos, Novios, Nuera, Padres, pareja, Suegros, Yerno)

## 5. AUTOCERTIFICACIÓN FATCA Y CRS

En atención a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (Foreign Account Tax Compliance Act - FATCA), así como al Common Reporting Standard (CRS) y a los correspondientes acuerdos de intercambio de información tributaria suscritos por Colombia con los Estados Unidos de América y otros gobiernos, DECLARO bajo la gravedad de juramento que, a la fecha de diligenciamiento de esta certificación, (marque con una equis (x) su respuesta): SI  NO  cumplo con alguna de las siguientes condiciones: i) tengo nacionalidad americana; ii) soy residente permanente en Estados Unidos.

- ¿Es ciudadano o tiene el estatus de residente permanente en Estado Unidos? SI  NO  Numero de seguridad social (TIN)
- ¿Reside o tiene obligación tributaria en otro país distinto a Colombia o Estados Unidos? SI  NO   
País  Tipo identificación  Número de identificación tributaria (TIN)
- Es ciudadano, tiene estatus de residente permanente, tiene obligaciones tributarias o reside (183 días consecutivos) en Estados Unidos? SI  NO
- Indique su número de seguridad social o TIN
- Si para usted no es posible obtener un número de identificación tributaria (TIN), indique la razón:  
A.  El país en el que estoy obligado a pagar impuestos no expide número de identificación tributaria.

# SOLICITUD 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

## 6. CUENTAS PARA ABONOS Y RETIROS

### CUENTA PARA RETIROS

Nombre de la entidad  Tipo de cuenta Ahorros  Corriente  Número de cuenta

### CUENTA PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

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

Nombre de la entidad  Tipo de cuenta Ahorros  Corriente  Número de cuenta  Valor \$  Fecha de aporte 15  30

## 7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES.

**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 esas 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 ellos 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 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 la aplicación 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.

**ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación del tomador/asegurado, 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 fuentes lícitas y, por ende, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA 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 ni a financiar la proliferación de armas de destrucción masiva; 3) Que autorizo a Allianz para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndola de responsabilidad que se derive de ello; 4) Que me obligo para con Allianz en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**TRATAMIENTO DATOS PERSONALES:** Allianz Seguros de Vida S.A, identificada con NIT 860.027.404-1 como administradora del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros, quien en adelante se denominará "Allianz", sociedad domiciliada en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsable del tratamiento, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultar en <https://www.allianz.co> consultarla, recolectará, almacenará, compartirá, procesará, actualizará, usará, dispondrá o podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, usted declara entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con datos biométricos. SI  NO

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

A. Realizar la evaluación de la solicitud para la apertura y/o vinculación a los productos y/o servicios ofrecidos por el Fondo Voluntarios de Pensiones Colseguros; validar y verificar su identidad, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet; consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATACREDITO y CIFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y el cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias; con fines 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 Allianz; fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Con ocasión de lo anterior, Usted autoriza a Allianz para que comparta la información referida anteriormente, que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI  NO

A. SI  NO  **Envíos Comerciales:** Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrá suministrar esta información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas.

B. SI  NO  **Perfilamiento:** Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros.


# SOLICITUD 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

Usted como titular de los datos personales cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por Allianz podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes Allianz (Desde el celular: #265 - Bogotá: 6015941130 – A nivel nacional: 018000514400 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Oficina del Cliente; iii) a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

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

<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"/>	
Firma de Cliente /Apoderado o Mandatario	
C.C.	Huella Índice Derecho

### Para uso exclusivo de Allianz

#### CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA

Lugar (Especifique): \_\_\_\_\_

Fecha:  Hora: \_\_\_\_\_

Observaciones de la Entrevista:

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que realiza

\_\_\_\_\_

Categoría \_\_\_\_\_ Sucursal  Clave

Con la firma de este documento, yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ y número de clave o CE \_\_\_\_\_ declaro:

- SI  NO  1. Haber verificado la información personal, socioeconómica y financiera del cliente (que para los efectos de esta declaración se entiende "potencial cliente" y "cliente" en los términos de la C.E.027 de 2020 de la SFC)
- SI  NO  2. Considerar razonable la información financiera con la información socioeconómica del potencial cliente.
- SI  NO  3. Considerar que la información socioeconómica del cliente es acorde a su actividad económica en comparación con el mercado.
- SI  NO  4. Haber tomados las medidas necesarias para conocer al cliente a través de una entrevista que yo realicé con máximo 2 días previos a la fecha de firma de esta declaración.

"Nota: El Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros es un patrimonio autónomo administrado por Allianz Seguros de Vida S.A. Las Autorizaciones otorgadas al Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros en este formulario se entenderán otorgadas a Allianz Seguros de Vida S.A."

ADMINISTRADO POR 

Para consultas, retiros o transacciones, llame en Bogotá 601594 1130 - A nivel nacional a la línea 018000514400  
www.allianzahorroinversiones.co