REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

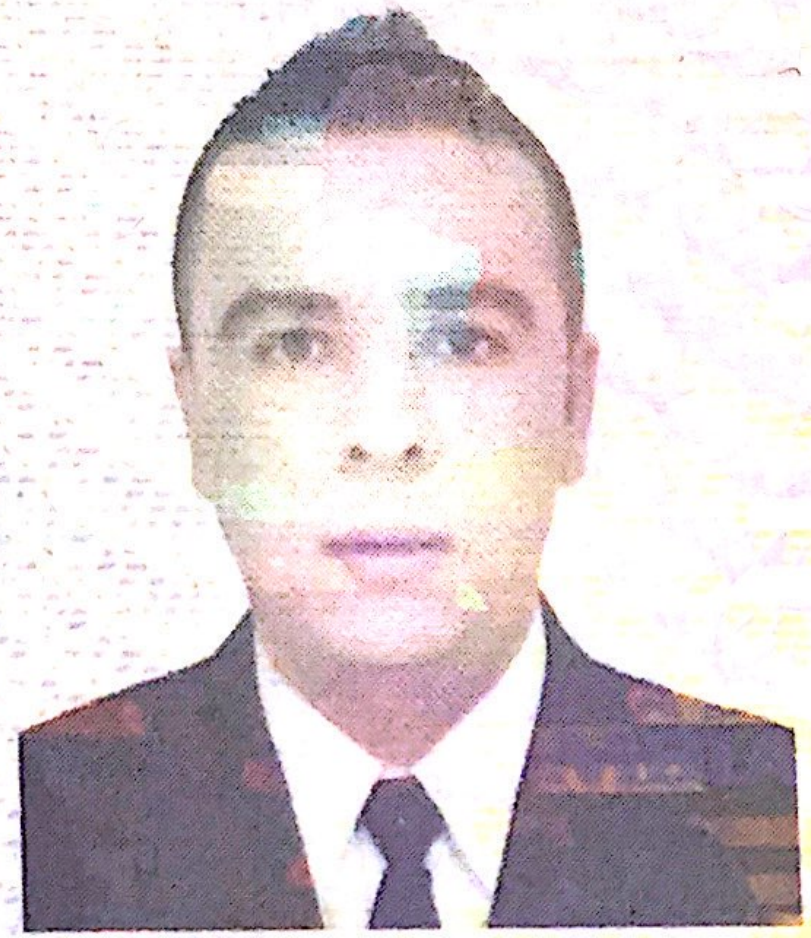
NÚMERO **8.027.281**

BUSTAMANTE VALENCIA

APELLIDOS

ANDREY ESTEBAN

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1984**

BARBOSA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

29-ENE-2003 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0100100-00960754-M-0008027281-20171204 **0058**701320A 2 49381089

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Allianz

RECIBO DE INDEMNIZACION
PAGO DE DEDUCIBLE A TERCEROS
SINIESTRO RCE 121162634
PLACAS DTX603 – EPR148

BUSTAMANTE VALENCIA ANDREY ESTEBAN identificado con cedula de ciudadanía o NIT No. **8027281**, hago constar que recibo de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, como entidad aseguradora del vehículo de placas **EPR148**, la suma de UN MILLON PESOS M/CTE ($ 1.000.000) en aplicación a la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual de la póliza de automóviles a nombre de GOMEZ GONZALEZ, MATEO, por concepto de reembolso del deducible cancelado por mi ante la compañía de seguros, con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el 1/12/2022, en el que colisionaron los vehículos de placas **EPR148** y el vehículo de placas **DTX603** de mi propiedad.

En consecuencia de lo anterior y en virtud de la Póliza de Automóviles No **22768869/0/** con cargo al amparo de responsabilidad civil, hemos llegado a un acuerdo económico total y definitivo por concepto de indemnización por los perjuicios materiales, daño emergente (Deducible), ocasionados al vehículo de placas **DTX603** por esta razón declaramos a paz y salvo y libre de posteriores reclamaciones a **ALLIANZ SEGUROS S.A., AL TOMADOR, AL ASEGURADO, AL CONDUCTOR Y AL BENEFICIARIO** de la póliza anteriormente mencionada, de las posibles acciones derivadas de los perjuicios objeto de la presente transacción, una vez sea efectuado el pago por parte de dicha compañía.

Para constancia firmamos en la ciudad de Medellín, a los (15) días del mes de Mayo del año dos mil veintitrés (2023).



HUELLA

EL RECLAMANTE
BUSTAMANTE VALENCIA ANDREY ESTEBAN
CC. o NIT. 8027281

Powered by CamScanner

Autorización de pagos

Allianz

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒ Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☒ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒ Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI ☐ NO ☒	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social: Andrey Esteban Bustamante Valencia		Nit. /C.C. 8027281
Oficina principal: Dirección: Clle 64 Sur # 39-67	Ciudad: Sabaneta	Teléfono: 3017504124

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Dirección
Ciudad		Teléfono

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo Andrey Bustamante identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____ autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de indemnización en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a _____ identificado con la cedula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No_____ con nacionalidad 1_____ nacionalidad 2_____ para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación)	Número de Cuenta (validar según relación)	Tipo de Cuenta
0 0 7	5 2 7 3 7 6 9 7 1 4 2	☐ Corriente ☒ Ahorros

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 veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARÍA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.
PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Cheque ☐ Efectivo ☐ **Tarjeta Allianz:** ☐

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE 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), 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.

Declaraciones y Autorizaciones

1. 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 quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; 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(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. 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, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 – 24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405 – Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente , como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 – A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6).; ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29 – 24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: Andrey Bustamante
C.C. No. 8027281

Huella Índice Derecho Del Cliente

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA CORRIENTE	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco Itaú	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	VALIDACIÓN CUENTA AHORRO
Scotiabank Colpatria	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
Coomeva	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-5 DE COLOMBIA

Powered by CamScanner