

Fecha de Solicitud: (D)(D)(M)(M)(A)(A)(A)(A)

Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombres:		Apellidos:	
Tipo de Identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐		Número de Identificación:	
Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: (D)(D)(M)(M)(A)(A)(A)(A) Género: M ☐ F ☐	
Fecha de Nacimiento: (D)(D)(M)(M)(A)(A)(A)(A)		Ciudad de Nacimiento:	
Dirección:		País de Nacimiento:	
Barrio:		Ciudad:	
Email:		Departamento:	
Teléfono fijo:		Celular:	
Actividad Económica: Empleado ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐ Otro ☐ ¿Cuál?			
Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Padre o Madre Cabeza de Familia SÍ ☐ NO ☐			
Personas a Cargo: Tipo de Vivienda: Casa ☐ Apartamento ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Estrato:			
Tipo de Inmueble: Propio ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ Conyuge o Compañero(a) Permanente:			
Número de Indetificación:		Celular:	
Profesión:			

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Bienes Raíces: Casa ☐ Apto ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		Dirección:	
Ciudad:		Valor Catastral:	
Valor Comercial:		Vehículo: SÍ ☐ NO ☐	
Tipo:		Marca:	
Modelo:		Pignorado a:	
Otros Bienes:		Descripción:	
Valor Comercial:			

Información Laboral

Empresa:		Ciudad:	
Dependencia:		Cargo:	
Fecha de Vinculación: (D)(D)(M)(M)(A)(A)(A)(A)		Tipo de Contrato: Fijo ☐ Indefinido ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
Salario Básico Mensual:		Teléfono:	
Celular:		Email:	

Ingresos Mensuales

Salario:		Total Egresos:	
Otros ingresos:		Total Activos:	
Total Ingresos:		Total Patrimonio:	

Concepto otros ingresos

Información Bancaria para Transferencias

Tipo de Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐		Banco:	
Cuenta:			

3. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Grado de Escolaridad: Bachiller: ☐ Técnico: ☐ Tecnólogo: ☐ Profesional: ☐ Especialista: ☐ Maestría: ☐			
Título Obtenido:		Fecha de Finalización: (D)(D)(M)(M)(A)(A)(A)(A)	
Actualmente Estudia: SÍ ☐ NO ☐			
Qué Estudia:		Educación en Economía Solidaria: Ninguna ☐ Básica ☐ Intermedio ☐ Avanzado ☐	
Conoce la doctrina y normatividad del sector solidario en Colombia SÍ ☐ NO ☐			

4. REFERENCIAS

Personal

Nombre Completo:		Dirección:	
Celular:			

Familiar

Nombre Completo:		Dirección:	
Celular:			

Fecha de Solicitud:

Ciudad:

5. REGISTRO HIJOS MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos			
Identificación:	Fecha de Nacimiento	Edad:	Género: M ☐ F ☐
Nombres y Apellidos			
Identificación:	Fecha de Nacimiento	Edad:	Género: M ☐ F ☐
Nombres y Apellidos			
Identificación:	Fecha de Nacimiento	Edad:	Género: M ☐ F ☐

6. BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos		
Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
Nombres y Apellidos		
Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
Nombres y Apellidos		
Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:
Nombres y Apellidos		
Identificación:	Parentesco:	Porcentaje:

NOTA: De no existir registro ninguno de beneficiarios, la correspondiente devolución se hará de conformidad con las normas pertinentes consignadas en el Código Civil en materia de sucesiones.

7. PRESENTACIÓN ASOCIADO

Nombre Asociado(a) Activo(a):

Identificación: Lugar de Expedición: Tiempo de Asociado(a):

Me permito presentar a identificado(a) con quien es para que sea aceptado(a) al Fondo de Empleados Allianz, comprometiendome a responder solidariamente por sus actuaciones durante el tiempo de su asociación al Fondo de Empleados Allianz.

Firma Asociado(a) Directo

Firma Solicitante

8. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE

¿Es usted una persona publicamente expuesta? ☐ SÍ ☐ NO ☐ ¿Por su cargo o actividad, maneja recursos publicos? ☐ SÍ ☐ NO ☐

¿Realiza transacciones en Moneda extranjera? ☐ SÍ ☐ NO ☐ ¿Tiene vinculo con alguna Persona publicamente expuesta? ☐ SÍ ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, diligencie los siguientes datos de la persona publicamente expuesta:

Nombres	Identificación	Vinculo/Relación	Cargo

Si usted realiza transacciones internacionales o posee productos en el exterior, favor diligenciar:

Tipo de Producto	Número de Producto	País
Monto	Moneda	Entidad
Tipo de Producto	Número de Producto	País
Monto	Moneda	Entidad

¿Es usted declarante de renta? ☐ SÍ ☐ NO ☐

Fecha de Solicitud: (D)(M)(A)(A)(A)(A)

Ciudad: _____

9. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN ENTIDAD EMPLEADORA (FUNCIONARIOS ALLIANZ Y SUS FILIALES)

Autorizo al señor pagador de _____ para que apartir de la fecha de mi ingreso como asociado(a) al Fondo de Empleados Allianz, me descuenten mensualmente , con destino al Fondo de Empleados Allianz; la cual equivale a \$ _____. Con destino a la cuota mensual obligatoria que el Fondo de Empleados Allianz distribuirá así: un 10% como Aportes Sociales y un 90% como Ahorros Permanentes. Además autorizo a la entidad empleadora para que al momento de mi retiro descuenten de mi salario, prestaciones sociales o cualquier otra suma que llegare a devengar, los saldos netos correspondientes a las obligaciones contraídas con el Fondo de Empleados Allianz. De igual manera me comprometo a conocer y cumplir con lo establecido en el Estatuto y Reglamentos del Fondo de Empleados Allianz.

COMPROMISO DE PAGO MENSUAL (EXTERNOS)

Me comprometo a cancelar a partir de la fecha de aceptación de mi ingreso como asociado(a), al Fondo de Empleados Allianz, el equivalente al _____% del SMMLV, \$ _____. Con destino a la cuota mensual obligatoria que el Fondo de Empleados Allianz distribuirá así: un 10% como Aportes Sociales y un 90% como Ahorros Permanentes. De igual manera me comprometo a conocer y cumplir con lo establecido en el Estatuto y Reglamentos del Fondo de Empleados Allianz.

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 190 de 1995 y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos, así como a la obtención de un crédito en cualquier tipo de sus modalidades, obrando en mi propio nombre de manera voluntaria manifiesto que todo lo consignado aquí es cierto, y declaro que los fondos depositados en el Fondo de Empleados Allianz, provienen de actividades totalmente lícitas, en consecuencia manifiesto:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad u ocupación. 2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo. 3. Eximo al Fondo de Empleados Allianz, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldas mis afirmaciones. 4. Autorizó al Fondo de Empleados Allianz, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registradas en este formulario. 5. Los recursos que utilizo para pagos e inversiones en el Fondo de Empleados Allianz tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas. 6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo. 7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada servicio o producto que utilice, suministrando la información documental exigida por el Fondo de Empleados Allianz para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De manera expresa, autorizo voluntaria, previa, explícita, informada e inequívocamente al Fondo de Empleados Allianz para que realice la recolección o almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles como huellas digitales, información sobre mis hijos menores de edad, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho tratamiento se realice para fines precontractuales, contractuales, pos contractuales, comerciales, control, seguimiento, monitoreo y vigilancia dentro de las instalaciones del Fondo de Empleados. La información obtenida para el tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. Así mismo manifiesto que el Fondo de Empleados Allianz quién actuará como responsable del tratamiento de mis Datos Personales, me ha informado los fines para los cuales usará mi información, así como los derechos que tengo como titular previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar rectificar y suprimir información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de Datos Personales y que mis derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el Fondo de Empleados Allianz con observancia de la Política de Tratamiento de datos Personales de la Compañía.

OTRAS AUTORIZACIONES

1. Autorizo al Fondo de Empleados Allianz, descontar de mis créditos futuros o de mis Aportes y Ahorros Permanentes al momento de mi retiro, las sanciones que a mi cargo existan por causa de inasistencia a las actividades que programe el Fondo de Empleados Allianz y a las que previamente me inscriba. 2. Autorizo al Fondo de Empleados Allianz para que envíe a mi correo electrónico o al móvil toda clase de información con respecto a las actividades que se llevarán a cabo y publicidad de los convenios suscritos por el Fondo de Empleados Allianz en beneficio de los asociados.



FONALLIANZ
FONDO DE EMPLEADOS ALLIANZ

Solicitud de Vinculación

Fecha de Solicitud:

Ciudad:

En constancia de leer este documento, comprender y aceptar sus alcances, firmo a los _____ () días, del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

Firma del Solicitante

Documento

COMPROMISO DE PAGO MENSUAL (PARA INDEPENDIENTES Y EXTERNOS)

Concepto de Aprobación: Aprobada ☐ Negada ☐ Rechazada ☐ Acta N° Fecha:

Referenciado Por:

Observaciones:

Firma del Presidente(a)

Documento

10. DOCUMENTOS PARA ANEXAR

Empleado

Último Comprobante de Nomina
Fotocopia de la cédula
No Allianz - Certificación Laboral

Independiente Externo

Certificado de Ingresos por Contador
Público
Fotocopia de la cédula
Certificado Otros Ingresos

Conyuge y/o Hijo(a)s Asociado

Certificación Laboral
Último Comprobante de Nómina
Fotocopia de la cédula
Según vínculo del asociado debe anexar:

Pensionado

Último Comprobante de Pensión
Fotocopia de la cédula

Conyuge

Registro Civil de Matrimonio o Declaración
extrajuicio de convivencia de las dos partes

Hijo(a)

Registro Civil de Nacimiento