

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE NATURAL - SECTOR ASEGURADOR

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento <input checked="" type="checkbox"/>	Ciudad <input checked="" type="checkbox"/>	Sucursal <input type="checkbox"/>	Tipo solicitud: Vinculación <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.			
CLASE DE VINCULACIÓN	Tomador <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>
	Afianzado <input type="checkbox"/>	proveedor <input type="checkbox"/>	Intermediario <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).			
Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral
	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>	
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral
	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>	
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral
	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>	

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO <input checked="" type="checkbox"/>	SEGUNDO APELLIDO <input checked="" type="checkbox"/>	NOMBRES <input checked="" type="checkbox"/>	
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DIN <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> CARNÉ <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> C.C.	NÚMERO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
			LUGAR DE EXPEDICIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	LUGAR DE NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD 2 <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA <input checked="" type="checkbox"/>		CIUDAD <input checked="" type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO <input checked="" type="checkbox"/>
E - MAIL <input checked="" type="checkbox"/>		TELÉFONO <input checked="" type="checkbox"/>	CELULAR <input checked="" type="checkbox"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	CIU <input type="checkbox"/>	OCUPACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
			CARGO <input type="checkbox"/>
EMPRESA DONDE TRABAJA <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN OFICINA <input checked="" type="checkbox"/>		TELÉFONO (Oficina) <input checked="" type="checkbox"/>
ACTIVIDAD SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	CIU <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN <input type="checkbox"/>	TELÉFONO <input type="checkbox"/>
¿ QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciales) <input checked="" type="checkbox"/>			
INGRESOS MENSUALES (Pesos) <input checked="" type="checkbox"/>	EGRESOS MENSUALES (Pesos) <input checked="" type="checkbox"/>		
ACTIVOS (Pesos) <input checked="" type="checkbox"/>	PASIVOS (Pesos) <input checked="" type="checkbox"/>		
PATRIMONIO (Pesos) <input type="checkbox"/>	OTROS INGRESOS (Pesos) <input type="checkbox"/>		
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES <input type="text"/>			
¿ POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿ POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿ POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique: <input type="text"/>
¿ ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique: <input type="text"/>

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de ella misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que posee la compañía provienen de la (s) actividades descritas anteriormente.

Origen:

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CUÁL	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	INDIQUE OTRAS OPERACIONES <input type="text"/>		
		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>			
		OTRAS <input type="checkbox"/>				
¿ POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		¿ POSEEE CUENTAS EN MODENA EXTRANJERA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿ HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

 SI
 NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Constancia de Ingresos *Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
2. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.
3. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del Representante Legal.
4. Declaración de Renta del último período gravable disponible. (Si declara).
5. En caso de ser Apoderado, adjuntar el poder.

5. CLAÚSULA DE AUTORIZACIÓN**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de sus titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las Leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Nombre	Dirección	Teléfono
ACE Seguros S.A.	Calle 72 No. 10-51	(1) 3190300
AIG Seguros de Colombia S.A.	Calle 78 No. 9-57	(1) 3138700
Allianz Seguros de Vida S.A.; Allianz Seguros S.A.	Carrera 13 A No. 29-24	(1) 5600600
Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa	Calle 100 No. 9A-45	(1) 64644330
BBVA Seguros Colombia S.A.; BBVA Seguros de Vida Colombia S.A	Carrera 11 No. 87-51	(1) 2191100
Cardif Colombia Seguros Generales S.A.	Calle 113 No. 7-80	(1) 7444040
Cardinal Compañía de Seguros S.A.	Calle 98 No. 21-50	(1) 7039052
Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Av. Calle 26 No. 59-51	(1) 3266210
Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.	Calle 82 No. 11-37	(1) 6444690
Compañía de Seguros Bolívar S.A.; Seguros Comerciales Bolívar S.A.	Av. Dorado No. 68B-31	(1) 3410077
Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.	Carrera 7 No. 74-21	(1) 3454980
Cóndor S.A. Compañía de Seguros Generales	Carrera 7 No. 74-21	(1) 3454980
Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A.	Av. Calle No. 69C-03	(1) 3241111
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No. 6B-24	(1) 2855600
Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A.; Generali Colombia - Seguros Genereales S.A.	Carrera 7 No. 99-53	(1) 3468888
Global Seguros de Vida S.A.	Carrera 9 No. 74-62	(1) 3139200
La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.	Carrera 9A No. 99-07	(1) 5922929
La previsora S.A. Compañía de Seguros	Calle 57 No. 9-07	(1) 3485757
Liberty Seguros de Vida S.A.; Liberty Seguros S.A.	Calle 72 No. 10-07	(1) 3103300
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.; Mapfre Seguros de Crédito S.A.; Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.	Carrera 14 No. 96-34	(1) 6503300
Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.	Carrera 7 No. 99-53	(1) 6388240
Pan American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Carrera 7 No. 75-09	(1) 3267400
Positiva Compañía de Seguros S.A.	Av. Carrera 45 No. 94-72	(1) 6502200
QBE Seguros S.A.	Carrera 7 No. 76-35	(1) 3190730
Royal & Sun Alliance Seguros (Colombia) S.A.	Avenida 19 No. 104-37	(1) 4881000
Segurexpo de Colombia S.A.	Calle 72 No. 6-44	(1) 3266969
Seguros Alfa S.A.; Seguros de Vida Alfa S.A.	Av. Calle 24A No. 59-42	(1) 3446770
Axa Colpatria Seguros S.A.; Axa Colpatria Seguros De Vida S.A	Carrera 7 No. 24-89	(1) 3364677
Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Genereales Suramericana S.A.	Carrera 64B 49A 30 Medellin-Colombia	(4) 2602100
Seguros de Vida del Estado S.A.; Seguros del Estado S.A.	Carrera 11 No. 90-20	(1) 6511240
Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A.	Av. 19 No. 109A-30	(1) 6584300

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad (es) matriz de la (s) sociedad (es) referenciadas y con la (s) que se suscriban contrato (s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) _____

Dirección _____, Teléfono _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la (s) sociedad (s) antes mencionadas (s).

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Envío de información 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. xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la xiv) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o d ematriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGURADOS**. ii) Los operadores necesarios para el incumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados por **LA ASEGURADORA Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y el control de requisitos para acceder al Sistem General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre los datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

8. RESONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS**, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, e - mail: fasecolda@fasecolda.com, Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá, D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, e - mail: inverfas@fasecolda.com, Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá, D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37 - 43 Piso 8, e - mail: directoroperativo@inif.com.com, Tel: 2320105 de la ciudad de Bogotá, D.C.

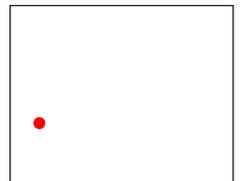
III. AUTORIZACIÓN: Demanera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



FIRMA CLIENTE



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Hora de Verificación: _____

Nombre y Cargo de quién Verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____