

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL - SECTOR ASEGURADOR

DIPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BASICA JURIDICA – SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha de diligenciamiento Ciudad Sucursal
 Tipo de Solicitud

EN EL EVENTO EN EL 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 Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario
 Otro

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACION DEL PRODUCTO)

Tomador- Asegurado	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>
Tomador- Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>
Asegurado- Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>

1. INFORMACION BASICA

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO
 NOMBRES TIPO DE DOCUMENTO
 NÚMERO FECHA DE EXPEDICIÓN LUGAR EXPEDICIÓN
 FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO
 NACIONALIDAD EMAIL
 DIRECCION (Residencia) CIUDAD
 DEPARTAMENTO TELEFONO (Casa) CELULAR
 CIU CIU (Cod) ACTIVIDAD PRINCIPAL
 CIU OCUPACION CARGO
 EMPRESA DONDE TRABAJA
 DIRECCION (Oficina) CIUDAD
 DEPARTAMENTO TELEFONO (Oficina) ACTIVIDAD SECUNDARIA
 CIU DIRECCION
 CIUDAD DEPARTAMENTO TELEFONO

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o comerciantes)

INGRESOS MENSUALES(Pesos) EGRESOS MENSUALES(Pesos)

ACTIVOS (Pesos) PASIVOS (Pesos)

PATRIMONIO (Pesos) OTROS INGRESOS (Pesos)

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI NO

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO

INDIQUE:

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO

INDIQUE:

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que

1. La actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de la(s) siguiente(s) fuente(s) (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocios)

Origen de Fondos:

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO ¿CUAL?

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	Nº ID DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMOS O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS? SI NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

DOCUMENTOS MINIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificados 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%
4. Declaración de Renta del último período gravable disponible. (Si declara).
5. En caso de ser Apoderado, adjuntar Poder. La entidad aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT.

5. CLÁUSULA 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 su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observado 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:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(s) del siguiente listado

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ACE Seguros S.A.	Calle 72 No. 10-51	(1)3190300
AIG Seguros Colombia S.A.	Calle 78 No. 9-57	(1)3138700
Allianz Seguros de Vida S.A.; Allianz Seguros S.A.	Calle 100 No. 9ª-45	(1)5600600
Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa	Carrera 13 A No. 29-24	(1)6464330
BBVA Seguros Colombia; BBVA Seguros de Vida Colombia	Carrera 15 No. 95 65 Piso 6	(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 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 Generales S.A.	Carrera 7 No, 72-13	(1)3468888
Global Seguros de Vida S.A.	Carrera 9 No, 74-62	(1)3139200
La Equidad Seguros de Vida Organismos Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismos Cooperativos	Carrera 9 A 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
Berkley International Seguros Colombia S.A.	Carrera 7 No. 71	(1)3572727

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 Allince 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 24 A No. 59-42	(1)3446770
Seguros de Riesgo Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Generales Suramericana S.A.	Carrera 64B No.49ª-30 Medellín-Colombia	(4)2602100
Seguros del Estado S.A.; Seguros de Vida del Estado S.A.	Carrera 11 No. 90-20	(1)6019330
Old Mutual Holding de Colombia S.A.	Av. 19 No. 109ª-30	(1)6584300
AXA Colpatria Seguros S.A.; AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.; AXA Colpatria Capitalizadora S.A.	Carrera 7 No.24-89	(1)3364677
Nacional de Seguros S.A.	Carrera 14 No. 89-48 Of 401	(1)7463219
Coface Colombia Seguros de Crédito S.A.	Carrera 15 No. 91-30 Of 601	(1)6231631

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 suscriba(n) contrato(s) de seguros.

Así mismo entiéndase como INTERMEDIARIO de SEGUROS La(s) sociedad(es) WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Dirección Avenida Calle 26 No. 59-41 Piso 6; Bogotá, Teléfono +57 (1) 606 7575

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis 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 de técnicos-acturiales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencia 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 EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la xiii) 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 INFORMACION: 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 de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL 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 control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, como la elaboración de estudios actuariales.

4 TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: 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 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 de las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7.DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar ,rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O 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 piso 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C

b) INVERFAS S.A cuya dirección es Carrera 7 No 26-20 piso 11, email: 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, email: directoroperatico@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C

iii. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

iv) Autorizo al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA, sus sucursales, subsidiarias y/o filiales a divulgar mi información personal y financiera al US Internal Revenue Service (IRS), así como cualquier otra autoridad tributaria local o extranjera en virtud de cualquier requerimiento derivado del cumplimiento de la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas del Extranjero - FATCA o cualquier legislación similar local o internacional. Esta autorización aplicará al momento que sea aportada la información o aquél en el que el INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA considere que dicha legislación le resulta aplicable. Así mismo, autorizo al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA a divulgar mi información en caso que el INTERMEDIARIO/ASEGURADORA celebre un acuerdo con otra jurisdicción que requiera o permita divulgar mi información a dicho país. La información divulgada por el INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA podrá ser requerida por la ley en Colombia. En caso que divulgar dicha información no sea requerida por la ley, podré negarme a autorizar al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA a divulgar cualquier información relativa a mi persona. Dicha negativa podrá generar la revocación de los contratos de seguro o terminación de los productos adquiridos, salvo los contratos de renta vitalicia y de vida individual que por su naturaleza jurídica no son revocables en la jurisdicción colombiana.

6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, 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 O APODERADO	HUELLA DACTILAR

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Lugar de la Entrevista _____
 Fecha de la Entrevista: Día: ____ Mes: ____ Año: ____
 Hora de entrevista _____
 Observaciones _____
 Nombre del intermediario _____
 Nombre del Asesor _____
 Resultado de la entrevista Aprobado Rechazado

Fecha de verificación: Día: ____ Mes: ____ Año: ____
 Hora de Confirmación _____
 Nombre y Cargo de Quien verifica _____
 Firma _____
 Observaciones _____