

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA- SECTOR ASEGURADOR

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

Fecha Diligenciamiento Ciudad Sucursal Tipo Solicitud

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 Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro

Residencia de la Sociedad

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL NIT DV

TIPO DE DOCUMENTO OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN TIPO DE EMPRESA

CIU CIU (Cod) SECTOR

DEPARTAMENTO CIUDAD TELÉFONO E-MAIL

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN DEPARTAMENTO CIUDAD TELÉFONO

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO FECHA DE EXPEDICIÓN LUGAR DE EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO NACIONALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO ¿POSEE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 5%? SI NO

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

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿Por su actividad o cargo, administra recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	Por su actividad u oficio, ¿goza usted de reconocimiento público?	¿Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?. Indique cual (es)

INGRESOS MENSUALES (Pesos) EGRESOS MENSUALES (Pesos) ACTIVOS (Pesos)

PASIVOS (Pesos) OTROS INGRESOS MENSUALES CONCEPTO

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la 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 deriven 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 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	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1 Estados Financieros comparados a último corte Contable, 2 Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del Representante Legal, 3 Declaración de Renta del último periodo gravable disponible, 4 Copia del RUT, Cámara de Comercio no Mayor a 30 días. La entidad aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT.

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

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es)

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.	Carrera 13 A No. 29-24	(1)5600600
Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa	Calle 100 No. 9A-45	(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
Jmalucelli 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 P 1 Y 3	(1)7425119
Cóndor S.A. Compañía de Seguros Generales.	Carrera 7 No. 74-21	(1)3454980
Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A.	Av. Calle 72 No. 10-71 P4	(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 Organismo Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo.	Carrera 9A No. 99-07	(1)5922929
La Previsora S.A. Compañía de Seguros	Calle 57No. 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
Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Generales Suramericana S.A.	Carrera 64B No 49A-30 Medellin - Colombia	(4)2602100
Seguros del Estado S.A.; Seguros de Vida del Estado S.A.	Carrera 11 No. 90-20	(1)6019330
Old Mutual Skandia Seguros de Vida S.A.	Av. 19 No. 109A- 30	(1)6584300
AXA Colpatría Seguros S.A.; AXA Colpatría Seguros de Vida S.A.; AXA Colpatría Capitalizadora S.A.	Carrera 7 No. 24-89	(1)3364677
Nacional de Seguros S.A.	Calle 94 No. 11-30 P 4	(1)7463219
Coface Colombia Seguros de Crédito S.A.	Carrera 15 No. 91-30 Of. 601	(1) 6231631
Berkley International Seguros Colombia S.A.	Carrera 7 No. 71-21 TA P5	(1)3572727
Zurich Colombia Seguros S.A.	Calle 100 No. 7-33 Piso 5	(1) 5188482

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

Dirección _____, Teléfono _____

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 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 lo 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 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, 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 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.

6. **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.

7. **RESPONSABLES 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, 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: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, 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. **CERTIFICACION:** Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados 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 O REPRESENTANTE LEGAL

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 Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____