

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FECHA DE VINCULACIÓN

|         |    |    |      |
|---------|----|----|------|
| AGENCIA | DD | MM | AAAA |
|         |    |    |      |

|  |                                  |                                    |                                       |                                    |                                    |
|--|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| CLASE DE VINCULACIÓN   | TOMADOR <input type="checkbox"/> | ASEGURADO <input type="checkbox"/> | BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> | APODERADO <input type="checkbox"/> | AFIANZADO <input type="checkbox"/> |
| <b>INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO</b> |                                  |                                    |                                       |                                    |                                    |
|  | FAMILIAR                         | COMERCIAL                          | LABORAL                               | PERSONAL                           |                                    |
| TOMADOR - ASEGURADO  | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |                                    |
| TOMADOR - BENEFICIARIO   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |                                    |
| ASEGURADO - BENEFICIARIO   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           |                                    |

**NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)**

|   |   |                      |  |
|---|---|----------------------|--|
| <b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>  |   |                      |  |
| PRIMER APELLIDO   | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE        | SEGUNDO NOMBRE   |
| C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTR. <input type="checkbox"/> NÚMERO:   | LUGAR DE EXPEDICIÓN:  | FECHA DE EXPEDICIÓN: | SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO:  | NACIONALIDAD 1:   | NACIONALIDAD 2:      | Ocupación / Profesión:                                     |
| ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>   | Nº DE HIJOS:  | ESTRATO:             |  |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL:  | SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE                                      |                      |  |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | CÓDIGO CIIU DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: <input type="text"/> |                      |  |
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA  |   | CARGO                |  |
| CIUDAD  | DIRECCIÓN   | TELÉFONO             | FAX  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA   |   | CIUDAD DE RESIDENCIA |  |
| TELÉFONO  | CELULAR   | EMAIL                |  |

**Nota: Diligenciar la información financiera en miles de pesos**

|  |                         |                         |                         |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| INGRESOS MENSUALES   | \$ <input type="text"/> | ACTIVOS                 | \$ <input type="text"/> |
| EGRESOS MENSUALES  | \$ <input type="text"/> | PASIVOS                 | \$ <input type="text"/> |
| OTROS INGRESOS   | \$ <input type="text"/> | CONCEPTO OTROS INGRESOS | <input type="text"/>    |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____<br>EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____<br>ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ |                         |                         |                         |

**2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____   |                             |                             |         |        |        |        |        |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| OTRAS OPERACIONES: IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>   |                             |                             |         |        |        |        |        |  |  |  |  |  |  |  |
| POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                             |                             |         |        |        |        |        |  |  |  |  |  |  |  |
| TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                             |                             |         |        |        |        |        |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO DE PRODUCTO</th> <th>IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</th> <th>ENTIDAD</th> <th>MONTO</th> <th>CIUDAD</th> <th>PAÍS</th> <th>MONEDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | TIPO DE PRODUCTO            | IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO  | CIUDAD | PAÍS   | MONEDA |  |  |  |  |  |  |  |
| TIPO DE PRODUCTO  | IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO | ENTIDAD                     | MONTO   | CIUDAD | PAÍS   | MONEDA |        |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                             |                             |         |        |        |        |        |  |  |  |  |  |  |  |

**3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

| AÑO | RAMO | COMPANÍA | VALOR | RECLAMACION              | INDEMNIZACIÓN            |
|-----|------|----------|-------|--------------------------|--------------------------|
|     |      |          |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     |      |          |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS**

**Declaro expresamente que:**

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**ES USTED DECLARANTE DE RENTA? Si usted es persona natural residente en Colombia y marca una o mas responde afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas usted es declarante del impuesto sobre la renta y complementario por el año gravable inmediatamente anterior; por lo que la declaración de renta será un documento que en cualquier momento podrá requerirse para validar o verificar información financiera.**

Obtuve ingresos brutos, (antes de restarle gastos) en el año inmediatamente anterior por valor igual o superior a \$37.577.000 (1.400 UVT).

Mi patrimonio bruto (antes de restarle las deudas) a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior fue superior a \$120.785.000 (4.500 UVT).

Durante el año gravable inmediatamente anterior realice compras y/o consumos, en efectivo, con tarjetas de crédito, con préstamos o por cualquier otro medio de pago, de bienes como casas, apartamentos, lotes, vehículos u otros activos y/o consumos de bienes y/o servicios por valor superior a \$75.155.000 (2.800 UVT).

Realice consignaciones en mi(s) cuenta(s) bancaria(s), depósitos o inversiones financieras, (CDT, aceptaciones, fiducias, etc.) durante el año inmediatamente anterior superior a \$120.785.000 (4.500 UVT).

Soy responsable del IVA en el régimen común, al cierre del año inmediatamente anterior.

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
  - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
  - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
  - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
  - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
  - e. El control y la prevención del fraude.
  - f. La liquidación y pago de siniestros.
  - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
  - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
  - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
  - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciación y actualización de datos.
  - k. Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
  - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
- n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
  - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
  - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
  - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
  - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
  - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este documento.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se comparta, transfiera, transmita, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

**5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS**

1. Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía de hologramas y/o contraseña certificada, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, pasaporte o carné diplomático).

Nota: La declaración de renta (si declara), será un documento que en cualquier momento podrá requerirse para validar o verificar información financiera.

**ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO**

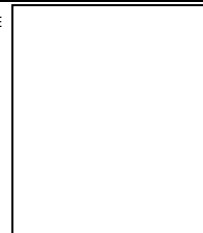
Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

**6. FIRMA Y HUELLA**

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO LO SEÑALADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO. ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES, FIRMO COMO CONSTANCIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

HUELLA

**Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la aseguradora.**

**7. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

EL CLIENTE ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICA / POLÍTICAMENTE - PEP - SI  NO

LUGAR DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ FECHA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Comercial contacto directo con el cliente) | RESULTADO                         |                                    | NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO | RESULTADO                         |                                    |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|
|   | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |   | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |
| FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA  |                                   |                                    | FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES         |                                   |                                    |
| C.C. No.  |                                   |                                    | C.C. No.  |                                   |                                    |
| OBSERVACIONES:  |                                   |                                    | OBSERVACIONES:  |                                   |                                    |