

Código Sucursal / ADN	Nombre Sucursal / ADN / Área	Fecha Diligenciamiento		
		Día	Mes	Año

Vinculación  Renovación

<b>Clase de Vinculación</b>					
Tomador	<input type="checkbox"/>	Asegurado	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	<input type="checkbox"/>
Afianzado	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	Intermediario	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	Cuál? _____			
<b>Indique los vínculos existentes entre Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario: (Individualización del producto)</b>					
	<b>Familiar</b>	<b>Comercial</b>	<b>Laboral</b>	<b>La misma persona</b>	<b>Otra</b>
Tomador - Asegurado					
Tomador - Beneficiario					
Asegurado - Beneficiario					

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
Razón o denominación social				NIT.	Dígito Verificación
<b>Representante Legal</b>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Tipo Identificación	Número Identificación		Lugar de Expedición	Fecha de Expedición	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>				Día	Mes
<b>Datos Oficina Principal:</b>		Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
<b>Datos Sucursal / Agencia:</b>		Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de Empresa	Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	Sociedad extranjera <input type="checkbox"/>	CIU	Actividad Económica	Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
	Oficina de Representación <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cuál? _____	Agropecuaria <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/>	Cuál? _____
E-mail					

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación)							
Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre o Razón Social	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?	Indique cual
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)	Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Concepto Otros Ingresos Mensuales				

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
Declaro expresamente que:
1. 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.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	Importaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Productos financieros en el exterior <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/>	Cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/>	Cuál? _____		
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.				
Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN
Certificado de cámara y comercio y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción



## 6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por **LA ASEGURADORA**, las sociedades **LIBERTY SEGUROS S.A. y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.**, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades antes mencionadas.

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 y encuestas de satisfacción de clientes. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
  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**. 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. 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. **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.
  5. **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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, **AUTORIZO** el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles para las finalidades y en los términos en que me fueron informados. Autorizo de manera permanente e irrevocable a Liberty Seguros S.A., Liberty Seguros de Vida S.A., La Libertad Compañía de Inversiones y Servicios S.A. o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, la solicitud de financiación de primas de seguro o el inicio de la misma, el inicio de obligaciones pecuniarias contraídas con Liberty Seguros S.A. o Liberty Seguros de Vida S.A. o La Libertad Compañía de Inversiones y Servicios S.A., a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

## 7. FIRMA Y HUELLA

"Como consecuencia 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"

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Índice Derecho

## 8. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la Entrevista			Hora	Resultado
Día	Mes	Año		
				Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>

Observaciones

Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador      Clave

\_\_\_\_\_  
FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR

## 9. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación

Ciudad:

Día    Mes    Año

Observaciones

Nombre y cargo de quien verifica

\_\_\_\_\_  
FIRMA