

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

Vinculación Renovación

Clase de Vinculación
 Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otra Cuál? _____

Indique los vínculos existentes entre Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario: (Individualización del producto)

| | Familiar | Comercial | Laboral | La misma persona | Otra |
|--------------------------|----------|-----------|---------|------------------|------|
| Tomador - Asegurado | | | | | |
| Tomador - Beneficiario | | | | | |
| Asegurado - Beneficiario | | | | | |

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Tipo de Documento C.C. C.E. T.I. R.C. NUIP PAS NIT Otro _____ Número Documento de Identificación _____ Fecha de Expedición _____ Lugar de Expedición _____

Fecha Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad 1 _____ Nacionalidad 2 _____ Dirección Residencia _____

Ciudad Residencia _____ Departamento Residencia _____ E-mail _____ Teléfono Residencia _____ Celular _____

Actividad Principal Asalariado Comerciante Estudiante Hogar Independiente Inversionista Pensionado Rentista Socio Otra Cual _____ CIU _____

Ocupación / Oficio Profesión _____ Cargo _____ Empresa donde trabaja _____ Dirección Laboral _____

Teléfono Laboral _____ Ciudad Laboral _____ Departamento Laboral _____ ¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes) _____

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

Concepto Otros Ingresos Mensuales _____

¿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

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique: _____

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Indique Si No _____

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Indique Si No _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi 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.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo 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 poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) **FAVOR DILIGENCIAR:**

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones Inversiones Pago de servicios Prestamos Cuentas en moneda extranjera

Si No Exportaciones Transferencias Giros Productos financieros Otro 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

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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 no 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 requerirá 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 que se recolectan mediante este formulario 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**, 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**, suministro mis datos personales 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:** Mis datos personales serán tratados por **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi 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. 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 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.
 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 he sido obligado a responderlas.
 6. **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 mí.
- 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 | | | |
|--|------|-----------|-----|--|--|
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Año</td> </tr> </table> | Día | Mes | Año | | Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> |
| Día | Mes | Año | | | |

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