

FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

LAS PARTES CON ASTERISCO (*) SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

CLASE DE VINCULACIÓN (*) TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	AGENCIA (*)	RAMO (*)	PÓLIZA No. (*)	FECHA DE SOLICITUD (*) DÍA MES AÑO
	NOMBRE DEL INTERMEDIARIO (*)			
SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input type="checkbox"/>				

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO DOMICILIO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX	NACIONALIDAD			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>	DETALLE: _____					CODIGO CIUU (*)
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA O DEPARTAMENTO	CARGO QUE DESEMPEÑA	PROFESIÓN U OFICIO			
DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO OFICINA / FAX	MUNICIPIO/CIUDAD	DEPARTAMENTO			
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN: ¿Maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta SI () NO () en caso de diligenciar SI por favor indique el nombre _____						CÓDIGO PEPs (*)

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INGRESO MENSUAL \$	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLA.	INDEM.

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 éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

6. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de ingresos: _____

CLAUSULA DE AUTORIZACION

CONSIDERACIONES

- 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario 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, las disposiciones que buscan la protección de datos 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 la financiación 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 tratan 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, enténdase por la Aseguradora, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA y con la que efectivamente se suscribe contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, por la ASEGURADORA.

Así mismo, enténdase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) Dirección, Teléfono, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente por la ASEGURADORA.

Declaro Expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden la actividad aseguradora:

II. Que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado de manera expresa:

1.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DATO PERSONAL: Mis datos personales serán tratados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual. II) El proceso de negociación de datos 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, estadística, 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) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. XII) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdo internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. XIII) La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo. XIV) 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 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 externo, entre otros. III) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y determinación del contrato de seguro. IV) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efecto 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 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, relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario se debe tener en consideración la Parte I del capítulo IV del Título IV de la Circular Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

6.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.

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

8.RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO, cuyos datos de contrato se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso los encargados del Tratamiento de los datos que compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

- a)FASECOLDA cuya dirección corresponda a su domicilio principal, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.
b)INVERFAS S.A. cuya dirección corresponda a su domicilio principal, email: inverfas@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.
c)INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude cuya dirección corresponda a su domicilio principal, email: directoroperativo@inif.com.co Tel 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluido 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 me fueron informados en este documento.

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 a los días del mes de del año, en la ciudad de.

NOMBRE

FIRMA C.C.

HUELLA

OBSERVACION HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA FECHA HORA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA

CARGO

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO