

# Este formato debe ser diligenciado con información de los beneficiarios



**Fecha radicación documentos**

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL SECTOR ASEGURADOR**  
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA- SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

NIT: 800.038.288-1  
 FECHA:  DD  MM  AAAA CIUDAD:  SUCURSAL:  TIPO SOLICITUD:  VINCULACIÓN  RENOVIACIÓN  ACTUALIZACIÓN

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

<b>CLASE DE VINCULACIÓN</b>	TOMADOR <input type="checkbox"/>	ASEGURADO <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/>	AFIANZADO <input type="checkbox"/>	PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
CUÁL?:								
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)</b>								
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	OTRA				CUÁL
Tomador - Asegurado	<input checked="" type="checkbox"/>							
Tomador - Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/>							
Asegurado - Beneficiario	<input checked="" type="checkbox"/>							

1. INFORMACIÓN BÁSICA																			
PRIMER APELLIDO	Méndez		SEGUNDO APELLIDO	De Martínez		NOMBRES	Maria												
TIPO DE DOCUMENTO	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NÚMERO	55,555,555												
						FECHA DE EXPEDICIÓN	DD	MM	AAAA	LUGAR DE EXPEDICIÓN									
							01	11	1991	Usaquén									
LUGAR NACIMIENTO	Bogotá		FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	NACIONALIDAD 1		NACIONALIDAD 2										
			04	05	1975	Colombia													
E-MAIL	mariaxxxxxx@gmail.com			DIRECCIÓN (Residencia)			Cra 7 # 32-40		DEPARTAMENTO										
						Bogotá													
CIUDAD	Bogotá		TELÉFONO	2222222		CELULAR	3101111111		ACTIVIDAD PRINCIPAL: Marque con una X										
ASALARIADO	<input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIANTE	<input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/>	HOGAR	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INVERSIONISTA	<input type="checkbox"/>	PENSIONADO	<input type="checkbox"/>	RENTISTA	<input type="checkbox"/>	SOCIO	<input type="checkbox"/>
SECTOR:	AGROPECUARIO	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	FINANCIERO	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	MINERO Y ENERGÉTICO	<input type="checkbox"/>							
SERVICIO			SOLIDARIO	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>													
CIU(COD)																			
TIPO DE ACTIVIDAD:																			
AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CAMPAÑA POLÍTICA <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICA <input type="checkbox"/> INFORMÁTICA <input type="checkbox"/> METALMECÁNICO <input type="checkbox"/> PETROLERO <input type="checkbox"/> QUÍMICO <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> TELECOMUNICACIONES <input checked="" type="checkbox"/> TEXTILES <input type="checkbox"/> TURISMO <input type="checkbox"/> OTRO: ¿Cuál?																			
OCCUPACIÓN	Empleado		CARGO	secretaria		EMPRESA DONDE TRABAJA	nnnnnn												
DIRECCIÓN (Oficina)	cra xxxxxxx			CIUDAD	Bogotá		DEPARTAMENTO	Cundinamarca											
TELÉFONO (Oficina)	2222222		ACTIVIDAD SECUNDARIA					CIU(COD)											
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y / O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o comerciantes)																			

DATOS FINANCIEROS (en pesos)			
INGRESOS MENSUALES	\$	\$1,111,111	EGRESOS MENSUALES
ACTIVOS	\$	\$11,111,111	PASIVOS
PATRIMONIO	\$		OTROS INGRESOS
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES			

¿ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <small>Ver definición en el pie de página</small>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el anexo 1 de conocimiento mejorado para PPE y vinculados.					
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD, ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>			
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	INDIQUE:		

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
DECLARO EXPRESAMENTE QUE:	
1 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.	
2 La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.	
3 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	
4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	
Origen de fondos:	Salario ,o rentas ,o ingresos independientes, o pensión, etc

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES													
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA				SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	EXPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	GIROS	<input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES	<input type="checkbox"/>	INVERSIONES	<input type="checkbox"/>
						PAJO DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS	<input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS	<input type="checkbox"/>		
						INDIQUE OTRAS OPERACIONES:							
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA						SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR													
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA							

Persona públicamente expuesta (PPE) i) las personas expuestas políticamente – conforme al decreto 1074 de 2016, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1074 /2010) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS						
¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?						
AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMO	INDEMNIZACIÓN	

DOCUMENTOS REQUERIDOS	
<b>CLIENTES</b> a. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales. Declaración de renta. Certificado de Contador público, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda a su actividad económica). b. Fotocopia del documento de identidad ampliada al 150% c. Si es persona extranjera: Copia de cédula de extranjería y pasaporte vigentes.	<b>INTERMEDIARIOS Y PROVEEDORES</b> a. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales. Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda). b. Declaración de renta del último periodo gravable disponibles (Si declara). c. Carta de Idoneidad (FGAs, Agentes, Asesores de Seguros). d. Hoja de Vida (Para FGAs, Agentes, Asesores de Seguros).

## 5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CONSIDERACIONES

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 con 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 contenidas 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 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 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, enténdase por la ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la sociedad matriz de la sociedad antes mencionada y con la que se suscriban contratos de seguros.

Así mismo, enténdase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS, la(s) sociedad(es) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la sociedad matriz de la sociedad antes mencionada.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la ley y comprendí cabalmente.

SI  NO

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 ha 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, 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, 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 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) 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 de coaseguros o reaseguro; v) FASECÓLDA, 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 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. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

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 las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar 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 LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS, 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) FASECÓLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443060 de la ciudad de Bogotá.

b) INVERFAS cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443060 de la ciudad de Bogotá.

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.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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.

SI  NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito. Declaro que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en [www.palig.com](http://www.palig.com)

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales, incluidos 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.

## 6. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Maria Méndez

FIRMA CLIENTE O APODERADO

HUELLA DACTILAR

Índice  
derecho

## 7. ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

FECHA DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES :

Nombre del intermediario: \_\_\_\_\_

Nombre del asesor \_\_\_\_\_

Resultado de la entrevista

APROBADO

RECHAZADO

## 8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

OBSERVACIONES :

Este espacio lo diligencia la aseguradora