

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Tipo Solicitud	<input type="text"/>				
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.							
CLASE DE VINCULACIÓN:	Tomador <input type="radio"/>	Asegurado <input type="radio"/>	Beneficiario <input type="radio"/>	Afianzado <input type="radio"/>	Proveedor <input type="radio"/>	Intermediario <input type="radio"/>	Otro <input type="text"/>
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>

1. INFORMACIÓN BÁSICA							
PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>		
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text" value="DD/MM/AA"/>	LUGAR DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text" value="DD/MM/AA"/>	LUGAR DE NACIMIENTO	<input type="text"/>			NACIONALIDAD	<input type="text"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA	<input type="text"/>			CIUDAD	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		TELÉFONO (Casa)	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>	
ACTIVIDAD PRINCIPAL	<input type="text"/>	CIU	<input type="text"/>	OCUPACION	<input type="text"/>	CARGO	<input type="text"/>
EMPRESA DONDE TRABAJA	<input type="text"/>			DIRECCIÓN OFICINA	<input type="text"/>	TELÉFONO /FAX	<input type="text"/>
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes) <input type="text"/>							
INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>			EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>		
ACTIVOS (Pesos)	<input type="text"/>			PASIVOS (Pesos)	<input type="text"/>		
PATRIMONIO (Pesos)	<input type="text"/>			OTROS INGRESOS (Pesos)	<input type="text"/>		
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>						
¿ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?. VER DEFINICIÓN EN EL PIE DE PÁGINA				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Si la respuesta es afirmativa,; Diligencie el Anexo 1 para PEP y vinculados. Ver definición en el pie de página.							

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 comprometo 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:	<input type="text"/>

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES									
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	CUAL	<input type="text"/>	INDIQUE OTRAS OPERACIONES	<input type="text"/>	
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS				
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Persona Públicamente Expuesta (PEPS): i) Las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 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 1674 / 2016) 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.

1 Vinculados: Las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización entiendase por LA ASEGURADORA la(s) sociedad(es) _____, Dirección _____, Teléfono _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s). Así mismo, entiendase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s). Dirección _____, Teléfono _____.

Declaraciones Previas:

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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, los principios y 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 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 que se recolectan mediante este formulario se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008, según corresponda y/o de acuerdo con aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen; 4. Que el Capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS**; 5. Que **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** cuentan con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus páginas web o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos, b) Solicitar prueba de la autorización otorgada, c) Ser informado del uso que se le ha dado a mis datos personales, d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes, y e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, y f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento; 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente o sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas ni a autorizar el tratamiento de dichos datos; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** pueden requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS**; 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** pueden requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz; 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** y en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro, puede requerir transmitir o transferir mis datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos y/o terceros con quienes sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social, entre otros; 12. Que por iniciativas gremiales, **FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A** administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora; 13. Que si por alguna razón ha entregado a **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** datos personales de terceros, Usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esas personas, las Políticas de Tratamiento de **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS** y 14. Que el tratamiento consistirá en cualquier operación sobre mis datos personales y/o datos personales de terceros, tales como la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación o supresión de los mismos.

Finalidad del Tratamiento de Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales y los datos personales de terceros que he suministrado serán tratados por **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, directamente o a través de Encargados con los cuales estas sociedades hayan contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor; ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con **LA(S) ASEGURADORA(S)** y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de **LA(S) ASEGURADORA(S)**, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de coaseguradores y/o reaseguradores y/o ajustadores; 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, aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada y otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con **LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O EL INTERMEDIARIO**; x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; xii) 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; xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por **LA(S) ASEGURADORA(S)**.

AUTORIZACIONES

Con el propósito de proteger sus datos personales, **SBS Seguros Colombia S.A.** ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales de **SBS Seguros Colombia S.A.** asuntos relacionados con el contrato de seguro y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por **SBS Seguros Colombia S.A.** Usted cuenta con los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, y en especial tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información suministrados y podrá revocar las autorizaciones que aquí constan en cualquier momento. Adicionalmente, se le informa que son facultativas las respuestas a las preguntas que se le han hecho o se le harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) o sobre datos de niñas, niños y adolescentes; por lo cual usted no se encuentra obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

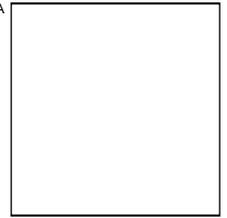
Así, por este medio Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SBS Seguros Colombia S.A.** a las demás sociedades del grupo y/o terceros con quienes **SBS Seguros Colombia S.A.** sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social (incluidos proveedores, FASECOLDA, INIF, INVERFAS S.A., entre otros), establecidos dentro o fuera del territorio nacional, para que utilice(n) los datos personales, incluidos los sensibles, que voluntariamente nos ha suministrado con los fines antes descritos. De igual forma, Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SBS Seguros Colombia S.A.** a consultar y reportar información relativa a su comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Por medio del presente documento, usted acepta la Política de Privacidad de Datos de **SBS Seguros Colombia S.A.** la cual se encuentra disponible en la página web www.sbseguros.co, puedo solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente de **SBS Seguros Colombia S.A.** 01 8000 522 244 o en sus oficinas; política que usted reconoce es de su interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a **SBS Seguros Colombia S.A.** información de otra persona, usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de **SBS Seguros Colombia S.A.**

6. 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; QUE EL NO DILIGENCIAMIENTO DE ALGUNO DE LOS CAMPOS SIGNIFICA QUE NO TENGO LA INFORMACIÓN DISPONIBLE O QUE LA MISMA NO SE HA MODIFICADO FRENTE A LA INFORMACIÓN ENTREGADA A LA COMPAÑÍA ANTERIORMENTE, Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día / Mes / Año DD/MM/AAAA

Hora de la Entrevista: hh:mm

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día / Mes / Año DD/MM/AAAA

Hora de Confirmación: hh:mm

Nombre de Quien Verifica _____

Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL SECTOR ASEGURADOR

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORARO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento con el Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculada:

*Vinculo/Relación	Nombre	Tipo de Identificación	NÚMERO ID	Nacionalidad	Cargo	Fecha Desvinculación

*Vinculo/Relación

1. Cónyuge o compañero permanente.
2. Primer Grado de Consanguinidad: Padres e hijos.
3. Segundo Grado: Abuelos, hermanos y nietos.
4. Primero Civil: Suegros e hijastros.
5. Segundo de Afinidad: Abuelos del cónyuge o compañero permanente y cuñados.