

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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			Número Documento de Identificación		Fecha de Expedición Día Mes Año	Lugar de Expedición
Fecha Nacimiento Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	Dirección Residencia		
Ciudad Residencia	Departamento Residencia	E-mail		Teléfono Residencia	Celular	
Actividad Principal Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <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"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual _____						CIUU
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						

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de "PEP" en el pie de página)	Descripción
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:	

Fecha de Ingreso Día Mes Año	Fecha de Desvinculación Día Mes Año	¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página)					
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:					
Vínculo/Relación	Nombre	Tipo ID	Número ID	Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso Día Mes Año	Fecha de Desvinculación Día Mes Año

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	Especifique el País
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS < FAVOR DILIGENCIAR >

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 destinaran 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)

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Prestamos <input type="checkbox"/> Cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Productos financieros en el exterior <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
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

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° _____, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de LIBERTY SEGUROS S.A. y LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos: SI NO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
- Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS. SI NO

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., 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, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente. SI NO

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia. SI NO

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		
Observaciones	Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>				
Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador	Clave				_____ FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR