

Localidad

Conocimiento del Cliente

PERSONA JURÍDICA

Vinculación Actualización de datos

Fecha de diligenciamiento

D	M	A
---	---	---

Información de la Empresa

Tomador Asegurado Apoderado Suscriptor Afianzado

Nombre o razón social	NIT	Correo electrónico de la empresa
Dirección oficina principal	Ciudad oficina principal	Teléfono oficina principal
Dirección sucursal	Ciudad sucursal	Teléfono sucursal

Actividad Económica	Tipo de empresa	Código CIU	Descripción CIU
	Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>		
Sector económico	Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Energético <input type="radio"/> Agrícola <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Comunicaciones <input type="radio"/> Servicio <input type="radio"/>		

Información Financiera Básica de la Empresa	Fecha información financiera
	D M A

Total activos (cifras en pesos)	Total pasivos (cifras en pesos)	Total patrimonio (cifra en pesos)				
Total ingresos mensuales (cifra en pesos) incluya ingresos operacionales y otros ingresos no operacionales		Total egresos mensuales (cifra en pesos)				
¿Recibe otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Tipo de moneda: Euro <input type="radio"/> Dólar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>						
¿Realiza operaciones internacionales? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, indique a continuación qué tipo de operación realiza: Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Compra y/o venta divisas <input type="radio"/> Préstamos <input type="radio"/> Transacciones o Giros <input type="radio"/> Pagos de Servicios <input type="radio"/>						
¿Posee productos financieros en el exterior? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:						
Tipo de Producto	Identificación o No. del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información del Representante Legal

Tipo de documento	No. de documento	Fecha de nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/>		D M A		
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Sexo	Dirección		Ciudad	
F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				
Teléfono	No. Celular	Fax	Correo electrónico	
Son personas públicamente expuestas PEP.				
(i) Los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos, (ii) Representantes de organizaciones internacionales y (iii) Las personas que gozan de reconocimiento público.				De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una persona públicamente expuesta? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente expuesta? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar.				
Nombres y apellidos	No. de Identificación	Parentesco	Cargo o actividad	
Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva, o del Consejo Directivo) es una Persona Públicamente Expuesta? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				

Información de Accionistas o Asociados que tengan directa o indirectamente el 5% o más de participación en la empresa

NOTA: 1. Si el accionista o asociado relacionado es una persona jurídica que no cotiza en la Bolsa de Valores de Colombia, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios finales que se encuentra al reverso, y suministre esta información para todos los accionistas o asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la empresa. **2.** Si el espacio proporcionado no es suficiente, por favor suministre la información en documento anexo.

Tipo de Id.	Número Id.	Nombres y Apellidos y/o Razón social	% participación	¿Es persona jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Públicamente Expuesta o tiene vínculos familiares con una de ellas? Solo P. Natural (*)
				Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Conocimiento ampliado de Accionistas y/o Asociados Persona Natural

Tipo de Id.	Número Id.	Nombres y Apellidos y/o Razón social	% participación	Nombre/Razón Social de la Sociedad que es accionista	NIT

Reclamaciones

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años?

SÍ NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	RECLAMACIÓN
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(únicamente para vinculaciones de seguros) Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SÍ NO

Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente

Familiar Comercial Laboral Otra ¿cuál? _____

Declaraciones y Autorizaciones del Cliente

CONSIDERACIONES GENERALES:

A) Que los datos 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.

B) Que conforme con lo previsto en 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 norma, 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.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

Yo, _____, identificado con _____
 No. _____ de _____, actuando como representante legal de _____ con NIT ante Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro:

1. Que la información de la empresa que represento y que registro en el presente formulario, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizamos a las mencionadas compañías para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 2. Que la actividad económica de la empresa que represento es lícita, la ejercemos dentro de los marcos legales y los dineros con los que se adquirieron los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de _____ . 3. Que autorizamos a LAS COMPAÑÍAS, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) contraídas por la empresa que represento con aquellas, para que, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento del comportamiento financiero y crediticio de la empresa que represento por parte de los Usuarios de la Información (definidos en la Ley 1266 de 2008) reporte(n) a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) dinerarias contraída(s) con éstas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultados en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre el comportamiento de la empresa que represento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que hayamos adquirido. La permanencia de la información relacionada con el incumplimiento de nuestras obligaciones en las centrales de información financiera y crediticia dependerá del tiempo que haya durado nuestro incumplimiento y del momento en el cual se efectúe el pago, de conformidad con lo establecido en el Art. 13 de la Ley 1266 de 2008. He sido informado que en el evento en que lleguemos a estar interesados en adquirir un producto o servicio de las entidades vinculadas al Grupo al cual pertenecen LAS COMPAÑÍAS, autorizaré en el momento en que se haga la vinculación a la respectiva entidad, para que ésta efectúe el reporte del comportamiento de la empresa que represento a las centrales de información financiera y crediticia. 4. Que autorizamos a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información contenida en este Formulario que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. No obstante la anterior autorización, nos obligamos para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual nos comprometemos a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 6. En caso de que la empresa que represento o alguno(s) de su(s) socio(s) sea(n) posible(s) sujeto(s) de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen nuestra información que corresponda al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria.

FIRMA CLIENTE: _____

NOMBRE: _____

No. IDENTIFICACIÓN: _____ DE _____



Huella índice derecho

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista				Verificación de la Información		
Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula		Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina	Observaciones:		
Concepto general del cliente:				Nombre del responsable de la verificación		
				Código		
				Cédula		
				Cargo		
				Localidad		
Firma del responsable de la entrevista						