

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA

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

Fecha Diligenciamiento	DD/MM/AAAA	Tipo Solicitud	
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		
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	Cual: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral
	<input type="radio"/> Otra	Cual: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral
	<input type="radio"/> Otra	Cual: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIT	DV
OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
E-MAIL	OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO / FAX	
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
SUCURSAL O AGENCIA:	TELÉFONO / FAX		
TIPO DE EMPRESA	CUAL	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CIU

Representante Legal

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
TELÉFONO	CELULAR		
¿ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?: VER DEFINICIÓN EN EL PIE DE PÁGINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es afirmativa,; Diligencie el Anexo 1 para PEP y vinculados.			
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ver definición en el pie de página.			

Administradores

Alguno de los administradores (Representante legal, miembros de junta) es una persona públicamente expuesta? (Ver definición pied de pagina) SI NO Si la respuesta es afirmativa,; Diligencie el Anexo 1 para PEP y vinculados. Ver definición en el pie de página.

Accionistas

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación)
 Si el accionista o asociado relacionando en la siguiente sección es una persona jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en el Anexo 2 y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir más espacio debe anexar una relación por separado)
 Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Públicamente Expuesta por favor diligencie el Anexo 1.

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿Es persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es persona Públicamente Expuesta o vinculado con una de ellas? (Aplica únicamente para personas naturales)

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	ACTIVOS (Pesos)
PASIVOS (Pesos)	OTROS INGRESOS MENSUALES	CONCEPTO

Por disposiciones legales y acogiendo la recomendación 24 de GAFI-Transparencia y Beneficiario final de las personas jurídicas, la compañía de seguros tiene la obligación de conocer las personas naturales que intervienen en las decisiones de la entidad que esta vinculando. En consecuencia, se relaciona la definición de Beneficiario Final de GAFI: se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee o controla a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.

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.

Administradores (Ley 222 de 1995 art. 22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten estas funciones.

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.

Nota Interpretativa Recomendación 24-GAFI: Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país o identifiquen y describan los procesos para: i) la creación de esas personas jurídicas; y ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final, o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos del lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete 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 posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

Origen:

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

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1 Estados Financieros o Declaración de Renta del último periodo gravable disponible, 2 Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal, 3 Copia del RUT, Cámara de Comercio no Mayor a 30 días

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

SI NO

AÑO	RAMO	COMPañÍA	VALOR	RESULTADO

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización entienda 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, entienda 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 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 los 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.

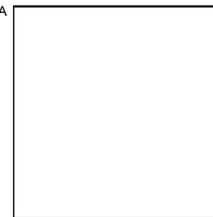
Así, por este medio Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SBS Seguros Colombia S.A.** a las demás sociedades del grupo y/o terceros con quienes **SBS Seguros Colombia S.A.** sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social (incluidos proveedores, 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 LEIDO, 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: _____

