

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA - SECTOR ASEGURADOR**

DIPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BASICA JURIDICA – SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha de diligenciamiento  Ciudad  Sucursal   
 Tipo de Solicitud

EN EL EVENTO EN EL 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 Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario  
 Otro  Residencia de la Sociedad

INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR, ASEGURADOR, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)

Tomador- Asegurado	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>
Tomador- Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>
Asegurado- Beneficiario	Familiar	Comercial	Laboral	Otra	¿Cual?	<input type="text"/>

**1. INFORMACIÓN BASICA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  NIT  DV   
 OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN  TIPO DE EMPRESA   
 CIUU  CIUU (Cod)  SECTOR   
 CIUDAD  DEPARTAMENTO  TELÉFONO   
 E-MAIL  SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN   
 CIUDAD  DEPARTAMENTO  TELÉFONO   
 REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO   
 NOMBRES  TIPO DE DOCUMENTO  NÚMERO   
 FECHA DE EXPEDICIÓN  LUGAR DE EXPEDICIÓN   
 FECHA DE NACIMIENTO  LUGAR DE NACIMIENTO  NACIONALIDAD   
 ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO  
 ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PUBLICO? SI NO  
 ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI NO  
 ¿POSEE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 5%? SI NO  
 ¿EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO  
 INDIQUE:

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

TIPO ID	NUMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿ POR SU ACTIVIDAD O CARGO, ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS?	¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD, EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, ¿GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO?	¿ESTA USTED OBLIGADO A DECLARACIÓN TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?. INDIQUE CUAL (ES)

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES (pesos)	<input type="text"/>
ACTIVOS (Pesos)	<input type="text"/>	PASIVOS (Pesos)	<input type="text"/>
OTROS INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>	CONCEPTO	<input type="text"/>

¿Está la persona jurídica obligada a tributar en un país diferente a Colombia? SI NO

En caso de afirmativo, de cual (es) e indique el (los) número(s) de identificación tributaria en dicha(s) jurisdicción(es)

PAÍS	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>
Dirección de Residencia Fiscal <input type="text"/>							
PAÍS	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>
Dirección de Residencia Fiscal <input type="text"/>							

**Si usted indicó ser residente fiscal o ciudadano de los Estados Unidos de América, diligencie las preguntas que se encuentran a continuación**

Es la persona jurídica una sociedad de personas o sociedad constituida en EE.UU o de conformidad a la legislación estadounidense o de cualquiera de sus Estados

SI NO

Posee un número telefónico en los Estados Unidos SI NO

Cuenta con una dirección de domicilio en los Estados Unidos (residencia, correspondencia o casillero postal/P.O Box)

SI NO

La persona jurídica ha otorgado poder o firma autorizada a una persona con dirección en Estados Unidos, o se ha designado una dirección "al cuidado de" o una dirección de "recepción de correspondencia"

SI NO

**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 de Fondos:

¿La persona jurídica esta listada y cotiza en bolsa? SI NO

¿La persona jurídica es una entidad estatal o del orden gubernamental? SI NO

¿Es la persona jurídica una entidad sin ánimo de lucro? SI NO

**Si ninguna de las anteriores respuestas es en sentido positivo, responda la siguiente pregunta:**

¿La persona jurídica actúa en calidad de subsidiaria, subordinada o filial de una compañía matriz domiciliada en un país diferente a Colombia? SI NO

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

Nombre de la sociedad Matriz

Número de Identificación tributaria

Jurisdicción/País

Dirección

Ciudad

Teléfono

### 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO ¿CUAL?

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	N° ID DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

#### DOCUMENTOS MINIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1 Estados financieros comparados a último corte Contable, 2 Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del Representante Legal, 3 Declaración de Renta del último periodo gravable disponible, 4 Copia del RUT, 5 Cámara de Comercio no Mayor a 30 días, La entidad aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgos de LA/FT.

### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMOS O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI NO

AÑO	RAMO	COMPañÍA	VALOR	RESULTADO

### 5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

#### AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(s)

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
ACE Seguros S.A.	Calle 72 No. 10-51	(1)3190300
AIG Seguros Colombia S.A.	Calle 78 No. 9-57	(1)3138700
Allianz Seguros de Vida S.A.; Allianz Seguros S.A.	Calle 100 No. 9ª-45	(1)5600600
Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa	Carrera 13 A No. 29-24	(1)6464330
BBVA Seguros Colombia; BBVA Seguros de Vida Colombia	Carrera 15 No. 95 65 Piso 6	(1)2191100
Cardif Colombia Seguros Generales S.A.	Calle 113 No. 7-80	(1)7444040
Cardinal Compañía de Seguros S.A.	Calle 98 No.21-50	(1)7039052
Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Av. Calle 26 No. 59-51	(1)3266210
Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.	Calle 82 No. 11-37	(1)6444690
Compañía de Seguros Bolívar S.A.; Seguros Comerciales Bolívar S.A.	Av. Dorado No. 68B-31	(1)3410077
Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.	Carrera 7 No. 74-21	(1)3454980
Cóndor S.A. Compañía de Seguros Generales	Carrera 7 No. 74-21	(1)3454980
Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A.	Av, Calle 69C-03	(1)3241111
Compañía Mundial de Seguros S.A.	Calle 33 No.6B-24	(1)2855600
Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A.; Generali Colombia- Seguros Generales S.A.	Carrera 7 No, 72-13	(1)3468888
Global Seguros de Vida S.A.	Carrera 9 No, 74-62	(1)3139200
La Equidad Seguros de Vida Organismos Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismos Cooperativos	Carrera 9 A No. 99-07	(1)5922929
La Previsora S.A. Compañía de Seguros	Calle 57 No.9-07	(1)3485757
Liberty Seguros de Vida S.A.; Liberty Seguros S.A.	Calle 72 No.10-07	(1)3103300
Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.; Mapfre Seguros de Crédito S.A.; Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.	Carrera 14 No. 96-34	(1)6503300
Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.	Carrera 7 No.99-53	(1)6388240
Pan American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A.	Carrera 7 No. 75-09	(1)3267400
Positiva Compañía de Seguros S.A.	Av. Carrera 45 No. 94-72	(1)6502200
QBE Seguros S.A.	Carrera 7 No. 76-35	(1)3190730
Royal & Sun Allince Seguros (Colombia) S.A.	Avenida 19 No. 104-37	(1)4881000
Segurexpo de Colombia S.A.	Calle 72 No. 6-44	(1)3266969
Seguros Alfa S.A; Seguros de Vida Alfa S.A.	Av Calle 24 A No. 59-42	(1)3446770
Seguros de Riesgo Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Generales Suramericana S.A.	Carrera 64B No.49ª-30 Medellín-Colombia	(4)2602100
Seguros del Estado S.A.; Seguros de Vida del Estado S.A.	Carrera 11 No. 90-20	(1)6019330
Old Mutual Holding de Colombia S.A.	Av. 19 No. 109ª-30	(1)6584300
AXA Colpatria Seguros S.A.; AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.; AXA Colpatria Capitalizadora S.A.	Carrera 7 No.24-89	(1)3364677
Nacional de Seguros S.A.	Carrera 14 No. 89-48 Of 401	(1)7463219
Coface Colombia Seguros de Crédito S.A.	Carrera 15 No. 91-30 Of 601	(1)6231631
Berkley International Seguros Colombia S.A.	Carrera 7 No. 71	(1)3572727

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriba(n) contrato(s) de seguros.

Así mismo entiéndase como INTERMEDIARIO de SEGUROS La(s) sociedad(es) WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).

Dirección: Avenida Calle 26 No. 59-41 Piso 6 , Teléfono: +57 (1) 606 7575.

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra 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 técnicos-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencia 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 y la 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) las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. 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 Coaseguro o Reaseguro v) FASECOLDA, 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, como la elaboración de estudios actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. 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 hemos sido obligados a responderlas.

6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

7. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O INTERMEDIARIOS, 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) FASECOLDA cuya dirección es carrera 7 No 26 – 20 piso 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No 26-20 piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C

c) INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No 37-43, piso 8, email: directoroperatico@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C

iii. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

iv) CERTIFICACION: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que , existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADA(S) Y/O INTERMEDIARIOS señalados en este documento..

v) Autorizamos al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA, sus sucursales, subsidiarias y/o filiales a divulgar nuestra información personal y financiera al US Internal Revenue Service (IRS), así como cualquier otra autoridad tributaria local o extranjera en virtud de cualquier requerimiento derivado del cumplimiento de la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas del Extranjero - FATCA o cualquier legislación similar

local o internacional. Esta autorización aplicará al momento que sea aportada la información o aquél en el que el INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA considere que dicha legislación le resulta aplicable. Así mismo, autorizo al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA a divulgar nuestra información en caso que el INTERMEDIARIO/ASEGURADORA celebre un acuerdo con otra jurisdicción que requiera o permita divulgar mi información a dicho país. La información divulgada por el INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA podrá ser requerida por la ley en Colombia. En caso que divulgar dicha información no sea requerida por la ley, podré negarme a autorizar al INTERMEDIARIO Y/O ASEGURADORA a divulgar cualquier información relativa a mi persona. Dicha negativa podrá generar la revocación de los contratos de seguro o terminación de los productos adquiridos, salvo los contratos de renta vitalicia y de vida individual que por su naturaleza jurídica no son revocables en la jurisdicción colombiana.

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

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	HUELLA DACTILAR

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista \_\_\_\_\_  
Fecha de la Entrevista: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_  
Hora de la entrevista \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_  
Nombre de intermediario \_\_\_\_\_  
Nombre del Asesor \_\_\_\_\_  
Resultado de la entrevista            Aprobado            Rechazado

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación:    Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_  
Hora de Confirmación \_\_\_\_\_  
Nombre y Cargo de Quien verifica \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_