

LA CONFIRMACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SE REALIZA A TRAVÉS DEL CALL CENTER, DEJANDO REGISTRO DE VOZ Y EVIDENCIA DE LA GRABACIÓN DE LA LLAMADA

# FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

NIT. 860.524.654-6

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

CLASE DE VINCULACIÓN: TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	AGENCIA	RAMO	PÓLIZA No.	FECHA DE SOLICITUD DÍA   MES   AÑO
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO		TIPO AGENTE <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/> AGENCIA <input type="checkbox"/>		CLAVE

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL  FAMILIAR  COMERCIAL  SIN VÍNCULO

### DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.	NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres)		
DIRECCIÓN	TELÉFONO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

### DATOS SOLICITANTE PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL		NIT	CORREO ELECTRÓNICO
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>	TIPO DE SOCIEDAD ANONIMA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>
---	---

ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>	CODIGO CIU
---	------------

DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN SUCURSAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	

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

No.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD / NIT	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)
1.		
2.		
3.		

### INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA

INGRESO MENSUAL \$	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			

### ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE:	

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
------------------	-----------------------------	---------	-------	--------	------	--------

### INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLA.	INDEM.

### 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 éste formato es veraz y verificable, y la sociedad se compromete a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
- 3.Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- 4.Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- 5.Los recursos que posee la Compañía que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: \_\_\_\_\_

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FM-1.04.3 (DOC-03) 29/07/2013 V.1

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CLAUSULA DE AUTORIZACION**

**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos solicitados en el presente formulario 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, las disposiciones que buscan la protección de datos 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 la financiación 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 adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratan observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales; razón por la cual como representante legal de la Compañía, procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la Aseguradora, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA; ENTIDAD COOPERATIVA** y con la que efectivamente se suscribe contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, por la ASEGURADORA.

Así mismo, entiéndase como **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** la(s) sociedad(es)

Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente por la ASEGURADORA.

Declaro Expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden la actividad aseguradora:

II. Que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado de manera expresa:

**1.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DATO PERSONAL:** Nuestros datos serán tratados por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual. 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 técnico-actuariales, estadística, 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 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) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. XII) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdo internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. XIII) La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo y la XIV) 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 determinación del contrato de seguro. IV) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efecto 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, así como la elaboración de estudios estadísticos 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 he sido obligado 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, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

**7.RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO**, cuyos datos de contrato se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso los encargados del Tratamiento de los datos que 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 Pisos 11 y 12, email: [fasecolda@fasecolda.com](mailto: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](mailto:inverfas@fasecolda.com) Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude cuya dirección es Carrera 13 No. 33-43 Piso 8, email: [directoroperativo@inif.com.co](mailto:directoroperativo@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 me fueron informados en este documento.

**IV.CERTIFICACIÓN:** 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 ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO(S)** señalados en este documento.

**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 y firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
C.C.

\_\_\_\_\_  
HUELLA INDICE  
DERECHO

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
CARGO

\_\_\_\_\_  
CARGO