

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

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

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

1. INFORMACIÓN BÁSICA							
PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>		
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text" value="DD/MM/AA"/>	LUGAR DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text" value="DD/MM/AA"/>	LUGAR DE NACIMIENTO	<input type="text"/>			NACIONALIDAD	<input type="text"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA	<input type="text"/>			CIUDAD	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>		TELÉFONO (Casa)	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>	
ACTIVIDAD PRINCIPAL	<input type="text"/>	CIU	<input type="text"/>	OCUPACION	<input type="text"/>	CARGO	<input type="text"/>
EMPRESA DONDE TRABAJA	<input type="text"/>			DIRECCIÓN OFICINA	<input type="text"/>	TELÉFONO /FAX	<input type="text"/>
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes) <input type="text"/>							
INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>			EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>		
ACTIVOS (Pesos)	<input type="text"/>			PASIVOS (Pesos)	<input type="text"/>		
PATRIMONIO (Pesos)	<input type="text"/>			OTROS INGRESOS (Pesos)	<input type="text"/>		
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES <input type="text"/>							
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Indique:				<input type="text"/>			
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?				<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Indique:				<input type="text"/>			

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que:	
1. 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.	
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo 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 poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	
Origen:	<input type="text"/>

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			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RESULTADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:
Se debe adjuntar la siguiente documentación: 1 Fotocopia del documento de identificación

5. CLAUDSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

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, las 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 el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) _____, Dirección _____, Teléfono _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

Así mismo, enténdase 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 _____

Declaro expresamente

I. Que para:efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS , suministro mis datos personales 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:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi 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 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 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 financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo 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. 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 adelanta 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.
6. **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.
7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS 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 Pisos 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: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Con el propósito de proteger sus Datos Personales, AIG Seguros ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartírlas, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos principalmente para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales, promocionales y de mercadeo de AIG, asuntos relacionados con el contrato de seguro, otros productos y servicios ofrecidos por nuestros socios o aliados estratégicos y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por AIG Seguros. Así, por este medio Usted autoriza a AIG Seguros y a las demás sociedades del grupo y/o terceros vinculados o relacionados con AIG, para que utilice(n) los datos personales que nos ha suministrado con los fines antes descritos, aún cuando dichos datos sean sensibles. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información que nos ha suministrado y podrá revocar la autorización que aquí consta en cualquier momento. Acepto la Política de Privacidad de Datos de AIG Seguros, que se encuentra disponible en la página web www.aig.com.co, puedo solicitar una copia en la Línea Nacional Gratuita 01 8000 522 244 o en Bogotá al 317 2193, o en sus oficinas; la cual reconozco que es de mi interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a AIG información de otra persona, Usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de AIG.

6. 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; 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: _____
