

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**1. FORMULARIO Y CLASE DE VINCULACIÓN**

Fecha Diligenciamiento	Ciudad	Sucursal	Tipo Solicitud
CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> Otro _____			

**2. INFORMACIÓN BÁSICA**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO DOCUMENTO
NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	E-MAIL	
LUGAR DE NACIMIENTO	TELÉFONO	CELULAR	DIRECCIÓN (Residencia)
CIUDAD	DEPARTAMENTO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	CIUU (cod)
SECTOR Y TIPO DE ACTIVIDAD	¿Cual?	OCUPACION	CARGO
EMPRESA	DIRECCIÓN (Oficina)	CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELÉFONO (Oficina)	¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)		
ACTIVOS (Pesos)	INGRESOS MENSUALES (Pesos)		
PASIVO (Pesos)	OTROS INGRESOS (Pesos)		
PATRIMONIO (Activos- Pasivos, Pesos)	EGRESOS MENSUALES (Pesos)		
CONCEPTO OTROS INGRESOS			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? (Ver definición en el pie de página)		¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? (Ver definición de vinculado en el pie de página)	

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y Anexo 2 de identificación de vinculados a PEP.

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	¿Realiza operaciones internacionales?	Indique:
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	Indique:	
¿Es responsable del RUT?	Si su respuesta fue afirmativa, indique su código de responsabilidad.	

Si su respuesta fue afirmativa, indique su correo electrónico registrado en la DIAN

**DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

- Fotocopia del documento de identidad.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Estados Financieros y/o Declaración de Renta

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas en el marco del conocimiento intensificado del Cliente.

**2.2 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA**

Declaro expresamente que:

- 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.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a mantenerla actualizada conforme sea requerida por la entidad.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, ni armas de destrucción masiva.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR**

- Definición de asegurado y/o beneficiario distinto al tomador.
- Si es una Persona Expuesta Políticamente o es vinculado a una de ellas, sírvase diligenciar el Anexo 1 "Conocimiento mejorado de personas expuestas políticamente" y Anexo 2 "Identificación de vinculados a personas expuestas políticamente", según corresponda.

Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo de ID	Número de ID	¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) o vinculado con una de ellas?	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros país o grupo de países?

Si respondió que el asegurado y/o beneficiario distinto del tomador tiene obligaciones tributarias en otros países, indique en qué país \_\_\_\_\_

- 1. Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Se consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Se considera PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 2. PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 3. PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

**Definición de vinculado y asociado cercano:**

1. Hasta Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

**4. CLÁUSULA 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 principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Declaro expresamente:

1. 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.

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

I. **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) 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. xiii) Consulta, almacenamiento, actualización, conservación, compilación, modificación, eliminación, administración, transferencia, ofrecimiento, grabación, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, y comercial.

II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

III. **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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

IV. **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.

V. **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 lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VI. **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.

VII. **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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

VIII. **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 incluyen 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.

Autorizo expresa Colsanitas Seguros, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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.  SI  NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. **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.  SI  NO

4. **CERTIFICACION:** Manifiestamos 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.

**5. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales \_\_\_\_\_.

**5. 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

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE O APODERADO

**6. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN y/o ENTREVISTA (en caso de aplicar)**

Fecha de Verificación: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar de Verificación: \_\_\_\_\_

Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_

Nombre y Cargo de Quien Verifica \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario \_\_\_\_\_

Nombre del Asesor \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE**

En cumplimiento de la regulación vigente, debe diligenciar los siguientes capos si,

- Si el cliente/contratista es PEP.
- Si existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre el cliente/contratista y una PEP.
- Si el asegurado y/o beneficiario (persona natural) distinto al tomador es una PEP o vinculado con una de ellas.

Vinculo/Relación*	Tipo de PEP	Nombres y Apellidos de la PEP	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Vinculación	Fecha Desv	¿Tiene o maneja cuentas financieras en otros países distintos a Colombia? En caso afirmativo, ¿Dónde?

\* Definición de vinculados y asociados cercanos:

- Hasta segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
- segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).
- Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
- Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

**ANEXO 2 - IDENTIFICACIÓN DE VINCULADOS A PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE**

Si es usted una PEP, identifique a las Personas Naturales y Personas Jurídicas vinculadas a usted. Si usted es vinculado a una PEP no diligencie esta sección:

Nombres y apellidos de la PEP	Vinculo/Relación*	Nombres y apellidos o Razón Social	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad

Compañía de Seguros Colsanitas S.A.

Nit 901.469.580-2 Gran Contribuyente IVA Régimen Común Agente Retenedor IVA

Calle 100 # 11B - 67

Teléfono 57 (1) 6466060 Bogotá D.C.

Defensora del Consumidor Financiero Principal: Camila Andrea Ustáriz Aarón.

Defensor del Consumidor Suplente: Camilo Alejandro Carreño Barrenche

Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalrcr.com

Dirección: Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C., Horario: de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Teléfono: 6016108164 en la ciudad de Bogotá D.C., Horario: de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Página web: https://legalrcr.com/