

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

No FORMULARIO 500090492 FECHA 2023-12-12
 TIPO SOLICITUD **VINCULACIÓN** SUCURSAL VIRTUAL
 ACTUALIZACIÓN



CLASE DE VINCULACIÓN					CUAL:
TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADOR <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input checked="" type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>					
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (Individualización del Producto)					
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	EL MISMO	OTRA
TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO ¿indique cual?		TOMADOR - BENEFICIARIO ¿indique cual?		ASEGURADO - BENEFICIARIO ¿indique cual?	

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO ARIZABAETA	NOMBRES MARIA DEL PILAR			
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/>					CIU 6910
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 31283326	LUGAR DE EXPEDICIÓN CALI	FECHA DE EXPEDICIÓN 1976-10-29		
FECHA DE NACIMIENTO 1955-09-08	LUGAR DE NACIMIENTO CALI	PROFESIÓN ABOGADA	NACIONALIDAD COLOMBIA		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		ÁREA	CARGO		
PAÍS	DEPARTAMENTO		CIUDAD		
DIRECCIÓN OFICINA			EMAIL	TELÉFONO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA CRR 37 # 1-OESTE-46 APT. 701 B		PAÍS RESIDENCIA COLOMBIA	DEPARTAMENTO VALLE	CIUDAD DE RESIDENCIA CALI	
TELÉFONO FIJO	CELULAR 3155228326	EMAIL MPRAMIREZ15@GMAIL.COM			
¿USTED PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			INDIQUE:		
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			INDIQUE:		
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			INDIQUE:		
¿ES USTED UNA PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
¿ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				ESPECIFIQUE PAÍS:	

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1

Persona políticamente expuesta (PPE) a) Personas expuestas políticamente, conforme al decreto 1674 del 2016, b) Representantes legales de organizaciones internacionales, c) las personas que gozan de reconocimiento publico, se entiende como persona políticamente expuesta los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo: jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos político y sus familias, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales.

2. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL			NIT.		
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRES	SEGUNDO NOMBRE		

TIPO DE DOCUMENTO C.C. [] C.E. []		NÚMERO DOCUMENTO		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
LUGAR DE NACIMIENTO				FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL			PAÍS (UBICACIÓN PRINCIPAL)		DEPARTAMENTO (UBICACIÓN PRINCIPAL)
CIUDAD (UBICACIÓN PRINCIPAL)	TELÉFONO	FECHA DE CONSTITUCIÓN	EMAIL		
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA			PAÍS SUCURSAL		DEPARTAMENTO SUCURSAL
CIUDAD SUCURSAL	TELÉFONO			EMAIL	
TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL [] COMERCIAL [] TRANSPORTE [] CONSTRUCCIÓN [] AGRÍCOLA [] CIVIL [] SERVICIOS FINANCIEROS [] OTRA [] CUAL				
	CIU -				

Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva) son personas políticamente expuestas (Según decreto 1674 de 2016)?
SI [] NO []

Por su cargo o actividad, Indique si dentro de la administración (Representantes legales, miembros de la junta directiva) administran recursos públicos?
SI [] NO [] SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, SÍRVASE DILIGENCIAR EL ANEXO No 1

ACCIONISTAS

Indique la composición accionaria hasta llegar a la última persona natural, información de los accionista o socios que tengan directa o indirectamente mas del 5% de la participación en el capital social. Si dentro de la composición accionaria existiera alguna empresa, por favor informar de igual forma, las personas naturales con las mismas características ya mencionadas.

Si existiese dentro de la composición accionaria una persona políticamente expuesta, sírvase ampliar información.

TIPO ID	NÚMERO	NOMBRE	% participación	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público o maneja recursos públicos?	¿Es usted una persona expuesta políticamente?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otros países o grupo de países? Indique cual

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS ANUALES	\$ 60.000.000	TOTAL ACTIVOS (A)	\$ 800.000.000
EGRESOS ANUALES	\$ 60.000.000	TOTAL PASIVOS (B)	\$ 00
OTROS INGRESOS (ANUALES)	\$ 00	TOTAL PATRIMONIO (A-B)	\$ 800.000.000
CONCEPTO OTROS INGRESOS:	-		

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [] NO [X] CUÁL ___

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI [] NO [X] ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI [] NO [X]

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGURO

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

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

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[]	[]
				[]	[]

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA

"Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica 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 este documento es veraz y verificable y la persona natural o jurídica 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 persona natural o jurídica provienen de la(s) actividad(es) descritas anteriormente."

Acepto Si

CONSIDERACIONES

1. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales Cliente . No Acepto <input checked="" type="checkbox"/>	2. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales Proveedor . Acepto <input checked="" type="checkbox"/>	3. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, acepto las políticas de protección de datos personales Empleado . No Acepto <input checked="" type="checkbox"/>	4. Por medio del diligenciamiento y firma del presente formulario, autorizo el tratamiento de datos para fines comerciales No Acepto <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	---

POLÍTICAS

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del proveedor son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia, y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado 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 no obstante lo anterior, todos los datos personales recopilados mediante este formulario de conocimiento del proveedor y su tratamiento es autorizado por el titular de la información para las finalidades mencionadas en este formulario, y se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso, junto con sus decretos reglamentarios y los demás que los complementen, deroguen y modifiquen, así como bajo lo establecido por la política de privacidad de Previsora Seguros.

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO a LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, como el Responsable del tratamiento de mis datos personales.

Declaro expresamente:

- I. Que; en nombre propio y/o en mi calidad de representante legal de la empresa identificada en el presente formulario suministro mis datos personales de carácter público, privado, semi-privado y en algunos casos sensible, para el cumplimiento de las finalidades propias de la gestión de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** y/o para efectos de acceder a la prestación de servicios comprendidos en la actividad aseguradora de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**.
- II. Que la información aquí consignada es cierta, veraz y verificable
- III. Que expresamente autorizo a **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** a realizar el tratamiento de mis datos personales y de los de la empresa que represento para lo que se me informa a continuación.

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales, incluyendo datos de identificación, datos de contacto, datos financieros, así como datos biométricos como lo son huellas e imágenes serán tratados por **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**, así como por las personas naturales y/o jurídicas que en su nombre realizan actividades, durante y después de terminada la relación contractual, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi vinculación como proveedor de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**; ii) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor y/o proveedor de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**; iii) Verificar la información entregada en este formato, en los demás documentos que anexo y/o durante toda mi relación contractual como proveedor y/o como asegurado con diferentes fuentes, sean estas públicas y privadas de considerarse pertinente; iv) Registrarme y administrar mi información en las bases de datos internas de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**; v) Contactarme vía correo electrónico, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o telefónicamente como actividad propia de la ejecución y/o cumplimiento de la relación contractual, así como para futuras invitaciones a cotizar la prestación de servicios y/o adquisición de bienes; vi) enviarme correos electrónicos, correo postal, mensajes de texto MMS/SMS o contactar telefónicamente en desarrollo de actividades de mercadeo de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** vii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. viii) El control y la prevención del fraude. ix) La liquidación y pago de siniestros en mi calidad de asegurado de **EL RESPONSABLE DEL TRABAJADOR**. x) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. xi) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral xii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. xiii) 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. xiv) 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 Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA),) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables, xv) cumplimiento de obligaciones legales de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** en su calidad de contratante y/o aseguradora; xvi) atender requerimientos de autoridades competentes en ejercicio de sus funciones; ix) atender mis peticiones, quejas y reclamos; xvii) conservarla para fines estadísticos e históricos;

xviii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.-xix) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; xx) 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; xxi) Cumplir con obligaciones legales en lo que a conservación de información y documentos se refiere.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** o por los encargados del tratamiento que sean contratados por el responsable, y quienes realizarán el tratamiento de los datos para las mismas finalidades mencionadas en el aparte anterior.

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 **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** en su calidad de contratante y/o de aseguradora, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Las personas con las cuales **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** en su calidad de aseguradora adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. iv) **FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, 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. v) Empresas aliadas de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** que requieran la información personal incorporada en este documento para hacer verificaciones y estudios de prevención del riesgo, fraude y lavado de activos de forma independiente con el fin de otorgarme productos y servicios propios, de acuerdo con mi solicitud, sin que sea necesario realizar un trámite adicional ante dichas empresas.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones mis datos personales serán objeto de transferencia y/o transmisión internacional para cumplir las finalidades del tratamiento ya mencionadas, situaciones en las cuales siempre se contará con un contrato de transmisión de información personal por parte de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**, en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013, y/o la declaración de conformidad necesaria expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio.

5. **DATOS SENSIBLES:** Conozco que es facultativo dar respuesta a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, a menos que estos datos resulten necesarios para efectuar mi contratación como proveedor y/o para acceder al seguro solicitado. En consecuencia, declaro que no he sido obligado a entregarlos, y autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles recopilados por medio de este formato de conocimiento, así como los recopilados durante todo el proceso de mi contratación y/o estudio y vinculación como asegurado, y durante la vigencia de mi relación con **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos (huellas e imágenes).

En todo caso, para efectos de la solicitud de un seguro se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige los mismos.

6. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Conozco 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 el uso que se le da a mis datos personales, actualizarlos, rectificarlos, solicitar prueba y revocar este consentimiento que otorgo, acceder gratuitamente a mis datos objeto de tratamiento por parte de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** al menos una vez al mes y/o solicitar la eliminación de cualquier dato que se encuentre en las bases de datos de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** lo cual procederá únicamente en los casos en que no mantenga una relación legal o contractual vigente con **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**, o esta tenga una obligación legal de conservación de información y/o documentación. Estos derechos podré ejercerlos por medio del siguiente correo electrónico contactenos@previsora.gov.co enviando comunicación escrita a la Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, en el teléfono 3487555 o a través del sistema PQR disponible en la página web www.previsora.gov.co.

7. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Conozco que el responsable del tratamiento de la información es LA PREVISORA SEGUROS, 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, serán todos los terceros contratados para cumplir con las mismas finalidades mencionadas en este formato de conocimiento, con la realización de actividades relacionadas con las finalidades mencionadas y/o finalidades que surjan para la prestación de servicios adicionales las cuales me serán informadas en su momento, los cuales se encuentran obligados a mantener la información de la que tenga conocimiento bajo especiales condiciones de seguridad siendo estas, como mínimo, las mismas utilizadas por ellos en sus actividades propias, y quienes cumplirán la política de tratamiento de datos de **EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**.

7. DILIGENCIAR POR EL TOMADOR CUANDO EL ASEGURADO, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO SEA UNA PERSONA DIFERENTE AL TOMADOR

Señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para asegurado, afianzado y/o beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

"COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LAS POLÍTICAS EXPUESTAS EN EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO."

María del Pilar Ramirez Arizabaleta
CC 31283326
12/12/2023 10:35:34 AM

96bd9944a91ada7a430730a1a2af36d7dff52c336c1081b4
d3fcf11ce81c252eb4f6be067296a533b7a50d6a7b5091e7
20887620652cca6b8ee5036385da6e0b

FIRMA

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LUGAR DE ENTREVISTA	FECHA	HORA	RESULTADO
OFICINA VIRTUAL	12 12 2023	15:35	Aceptado [X] Rechazado []

OBSERVACIONES

EL CLIENTE HA SUPERADO EL PROCESO DE ENTREVISTA

NOMBRE INTERMEDIARIO FUNCIONARIO RESPONSABLE: AGENTE VIRTUAL

ANEXO No 1 INFORMACIÓN FAMILIARES PEP

Diligencie los datos de sus familiares vivos hasta el 2do. grado de consanguinidad y 2do. de afinidad, así como los datos de su cónyuge. Esto con el fin de dar cumplimiento al decreto 1674 del 2016:Padres,Abuelos,Hermanos, Hijos en común y propios, Nietos

1.DATOS FAMILIARES DEL ASEGURADO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA ASEGURADA

VINCULO FAMILIAR	TIPO ID	NUMERO ID	NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA DESVINCULACIÓN

Indique si usted cuenta con participación como socio del mas del 5% en una empresa:

RAZÓN SOCIAL	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACIÓN