MAPFRE
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACION				
TOMADOR ☐ APODERADO ☐		Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA				PÓLIZA NUEVA ☐
ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐	Tomador - Asegurado									PÓLIZA RENOVADA ☐
BENEFICIARIO ☐	Tomador - Beneficiario									INDEMNIZACIÓN ☐
	Asegurado - Beneficiario									

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Rodriguez	Gonzalez	Ciomara.

C.C. ☒	C.E. ☐	T.I ☐	R.C. ☐	OTRO ☐	NÚMERO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	GÉNERO
					29106784	Cali	29-01-1997	F ☒ M ☐

PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OTRA NACIONALIDAD?	ESTADO CIVIL	ESTRATO	OCUPACIÓN / PROFESIÓN
Colombia	12-09-1978	Colombiana	SI ☐ NO ☒ CUAL ____	Soltera	3	Empleada.

TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA?	TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA?	TIENE VISA AMERICANA?
SI ☐ NO ☒ CUAL ____	SI ☐ NO ☒ MOTIVO: ____	SI ☐ NO ☒

HA ESTADO EN ESTADO EN ESTADOS UNIDOS: *Excluye a las personas que actúan dentro del territorio de los Estados Unidos como Diplomáticos, Profesores, Estudiantes o Deportistas)*
☐ 183 DÍAS A CAUSA DE UN CONTRATO ☐ 121 DÍAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR
☐ 31 DÍAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO ☐ 60 DÍAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

TIPO DE ACTIVIDAD
ASALARIADO ☒ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐
RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐

ACTIVIDAD ECONOMICA: Empleado.

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO
DetarQuin S.A.S	Operaria lavandria.

CIUDAD	DIRECCIÓN	TELEFONO	FAX
Cali	Av 3 # 23B Norte 33	6676019	

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA
Calle 71C #3A4-05	Cali

TELEFONO	CELULAR	EMAIL
N/A	3218433472	Xiomy-368@Hotmail.Com.

INGRESOS MENSUALES	1'300.000=	ACTIVOS	$2'000.000
EGRESOS MENSUALES	$800.000=	PASIVOS	$ 4'000.000=.
OTROS INGRESOS	— // — // —	CONCEPTO OTROS INGRESOS	— / — / —

ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE	SI ☐	NO ☒
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL	SI ☐	NO ☒
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI ☐	NO ☒

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE ____
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI ☐ NO ☒
SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR DILIGENCIAR ANEXO SARLAFT DE CONOCIMIENTO AMPLIADO

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI ☐	NO ☒	IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI ☐	NO ☒	TRANSFERENCIAS ☐	OTRA ☐	INDIQUE CUAL

TIPO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI ☐ NO ☒

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Empleada
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (*Cedula de ciudadania, tarjeta de identidad, cédula de extranjeria, cédula de extranjeria, pasaporte o carné Diplomático*). *Se requerirá únicamente para negocios nuevos.*
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario - RUT- (Si la actividad económica es diferente a Pensionado, Asalariado, Ama de Casa o Estudiante).
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO, Copia legible del poder firmado con conocimiento en notaría

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016)-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.
Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

7. FIRMA Y HUELLA

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. SI ☒ NO ☐

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverías S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, 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 ☐

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

HUELLA

Clomara Rodriguez

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 29106784

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA (DÍA / MES / AÑO) HORA

RESULTADO ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA ENTREVISTA (DÍA / MES / AÑO) HORA

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

C.C.