

Fecha Diligenciamiento: 31 de julio de 2024 Ciudad: MEDELLÍN Sucursal: _____

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 Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro INDEMNIZACIÓN

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO):

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------|
| Tomador-Asegurado | Familiar <input type="checkbox"/> | Comercial <input type="checkbox"/> | Laboral <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> | Cual _____ |
| Tomador-Beneficiario | Familiar <input type="checkbox"/> | Comercial <input type="checkbox"/> | Laboral <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> | Cual _____ |
| Asegurado-Beneficiario | Familiar <input type="checkbox"/> | Comercial <input type="checkbox"/> | Laboral <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> | Cual _____ |

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: GOMEZ SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ NOMBRES: JUAN DAVID

TIPO DE DOCUMENTO: CÉDULA NÚMERO: 1128270735 FECHA DE EXPEDICIÓN: 29 agosto de 2005 LUGAR DE EXPEDICIÓN: MEDELLÍN

FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1987 LUGAR DE NACIMIENTO: MEDELLÍN NACIONALIDAD 1: COLOMBIANO NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: jdgomez@jdgabogados.com DIRECCIÓN (Residencia): Carrera 50 No. 50-14 Oficina 1302 CIUDAD: MEDELLÍN

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA TELÉFONO: _____ CELULAR: 3007771312

SECTOR: CENTRO CIU (cod): _____ TIPO DE ACTIVIDAD: ABOGADO ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: ABOGADO LITIGANTE CARGO: ABOGADO EMPRESA DONDE TRABAJA: JD ABOGADOS SAS

CIUDAD: MEDELLÍN DIRECCIÓN (Oficina): CARRERA 50 NO. 50-14 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIU (cod): _____

¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): SERVICIOS JURÍDICOS

INGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 10.000.000 EGRESOS MENSUALES (Pesos) \$ 5.000.000

ACTIVOS (Pesos) \$600.000.000 PASIVO (Pesos) \$150.000.000

PATRIMONIO (Activos-Pasivos) \$400.000.000 OTROS INGRESOS (Pesos) _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| ¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente? (Ver definición en el pie de página) | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|--|--|--|

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

| | |
|--|--|
| ¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|--|

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: RENTA

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. 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 actualizarlo anualmente como mínimo.
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 de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL _____

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

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|------------------|--------------------------------------|---------|-------|--------|------|--------|
| | | | | | | |

Persona Expuesta 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 de importantes partidos políticos.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

| AÑO | RAMO | COMPañA | VALOR | RESULTADO |
|-----|------|---------|-------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento Únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
 - k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

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 Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



JUAN DAVID GOMEZ RODRIGUEZ

FIRMA CLIENTE O APODERADO



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
 Fecha de la Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la Entrevista: _____
 Observaciones: _____
 Nombre del Intermediario: _____
 Nombre del Asesor: _____
 Resultados de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO
 Firma: _____

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación: _____
 Nombre y Cargo de Quien Verifica: _____
 Firma: _____
 Observaciones: _____

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

| Vínculo/Relación* | Nombre | Tipo de Identificación | No. de Identificación | Nacionalidad | Entidad | Cargo | Fecha Desvinculación |
|-------------------|--------|------------------------|-----------------------|--------------|---------|-------|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: BENEFICIARIO: INTERMEDIAR OTRO CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMA INDEMNIZACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIO OTRO CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

| | | |
|------------|---------|----------------|
| NOMBRE | NIT | ACTIVIDAD ICA: |
| DIRECCION: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: |
| TELEFONOS: | FAX: | CELULAR: |

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--|
| NOMBRES <i>Juan David</i> | PRIMER APELLIDO <i>Gomez</i> | SEGUNDO APELLIDO <i>Rodriguez</i> |
| TIPO DE IDENTIFICACION <i>cc</i> | NÚMERO <i>1128270735</i> | FECHA EXPEDICION <i>29 agosto 2005</i> |
| DIRECCION: <i>Cra 50 n° 50 - 1A</i> | CIUDAD: <i>Med</i> | DEPARTAMENTO: <i>Ant</i> |
| TELEFONOS: | FAX: | CELULAR: <i>3007771312</i> |

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS

| | | |
|--|--|-------------------|
| NÚMERO DE CUENTA <i>409 484 52 555</i> | CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input checked="" type="checkbox"/> | CÓDIGO DEL BANCO |
| BANCO <i>Banco lombia</i> | SUCURSAL <i>Unicentro</i> | CIUDAD <i>Med</i> |

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

| NOMBRES Y APELLIDOS | NOMBRE(s) | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | NÚMERO | TIPO | FECHA EXPEDICION |
| CARGO EN LA EMPRESA | AREA | CARGO | CIUDAD EXPEDICION |
| TELEFONOS Y FAX | PBX | EXTENSION | FAX |

| NOMBRES Y APELLIDOS | NOMBRE(s) | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | NÚMERO | TIPO | FECHA EXPEDICION |
| CARGO EN LA EMPRESA | AREA | CARGO | CIUDAD EXPEDICION |
| TELEFONOS Y FAX | PBX | EXTENSION | FAX |

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: _____ a los () del mes de _____ de _____.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural