seguros alfa s.a.
seguros de vida alfa s.a.

FORMATO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES - PERSONAS NATURALES

Fecha de Versión: 15 de Mayo de 2017

FECHA | DÍA | MES | AÑO | TIPO SOLICITUD: NUEVO ☐ ACTUALIZACIÓN ☐ | CIUDAD | SUCURSAL

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

CLASE DE VINCULACIÓN: TOMADOR ☐ BENEFICIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ☐
ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ INTERMEDIARIO ☐ CUAL _____

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

	Familiar	Comercial	Laboral	Ninguna	Otra:
Tomador - Asegurado	☐	☐	☐	☐	
Tomador - Beneficiario	☐	☐	☐	☐	
Asegurado - Beneficiario	☐	☐	☐	☐	

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES:

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ OTRO _____ | NUMERO DE DOCUMENTO: | FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA | MES | AÑO | LUGAR DE EXPEDICIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO | LUGAR DE NACIMIENTO: | NACIONALIDAD: | CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN RESIDENCIA: | PAÍS: | DEPARTAMENTO: | CIUDAD: | TELÉFONO: | CELULAR:

ACTIVIDAD ECONÓMICA: PROFESIONAL ☐ INDEPENDIENTE ☐ ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ | CIIU:

EMPRESA DONDE TRABAJA: | ÁREA: | CARGO: | CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN OFICINA: | PAÍS: | DEPARTAMENTO: | CIUDAD: | TELÉFONO: | FAX:

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique el país: _____

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☐ ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI ☐ NO ☐ ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI ☐ NO ☐

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa seleccione el tipo de PEP. PEP NACIONAL ☐ PEP INTERNACIONAL ☐ PEP ORGANISMO INTERNACIONAL ☐

Observaciones _____

¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐ **En caso afirmativo sírvase diligenciar el siguiente cuadro:**

CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

Vinculo/ Relación	Nombre	Tipo Identificación	Número Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

2. INFORMACIÓN FINANCIERA BÁSICA

INGRESOS MENSUALES	$	ACTIVOS	$
EGRESOS MENSUALES	$	PASIVOS	$
OTROS INGRESOS	$	PATRIMONIO	$

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES _____

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐ IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐
OTRA ☐ INDIQUE CUAL: _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR:

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

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

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 importantes de partidos políticos.

Vinculado: 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.

seguros alfa s.a.
seguros de vida alfa s.a.

FORMATO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES - PERSONAS NATURALES

Fecha de Versión: 15 de Mayo de 2017

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio): _____

Manifiesto que los fondos y bienes que poseo provienen de actividades licitas, las cuales se encuentran detalladas en este formulario. Igualmente declaro que no efectuare transacciones destinadas a actividades ilícitas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identidad
2. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
3. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara)
4. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

APODERADO

1. Poder debidamente firmado con constancia de presentación personal ante notario publico.

7. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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, los principios y 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, entiéndase por la ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A., Dirección Av. Calle 24 No. 59-42 Torre 4 Piso 4, Teléfono: 743 5333, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s). Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es),_____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las 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 INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales 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 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 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 dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, 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 ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro y Reaseguro. V) 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, así como la elaboración
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar las 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 los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capitulo 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, trasmitan, 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, e-mail: fasecolda@fasecolda.com - Tel.: 344 3080 de la ciudad de Bogotá D.C.
b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, e-mail: inverfas@fasecolda.com - Tel.: 344 3080 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, e-mail: directoroperativo@info.com.co - Tel.: 232 0105 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 internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a SEGUROS ALFA S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercadeo y de información comercial, almacene, procese, reporte, conserve, consulte, suministre, obtenga, transfiera o actualice información de carácter financiero y comercial a las centrales de información o bases de datos, debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que las bases de información, las normas y las autoridades establezcan.
La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA DACTILAR

ESTOS CAMPOS SON DE USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ALFA S.A Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA:

FECHA DE LA ENTREVISTA: DÍA | MES | AÑO — HORA

RESULTADO: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE:

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN: DÍA | MES | AÑO — HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES: