

<p>6. DECLARACIÓN DE ORIGEN</p> <p>Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio): _____</p> <p>Menciono que los fondos y bienes que poseo provienen de actividades lícitas, las cuales se encuentran detalladas en este formulario: _____ que no efectuare transacciones destinadas a actividades lícitas.</p>	
<p>6. DOCUMENTOS RESUMIDOS</p> <p>1. Fotocopia del documento de identidad</p> <p>2. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).</p> <p>3. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara)</p> <p>4. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas fidejantes o automáticas.</p> <p>APODERADO</p> <p>1. Poder debidamente firmado con constancia de presentación personal ante notario público.</p>	
<p>7. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES</p> <p>CONSIDERACIONES</p> <p>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.</p> <p>2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1501 de 2012, los principios y disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable que se recolectan mediante este formulario se harán observando las leyes 1501 de 2012 y 1256 de 2008 según el caso.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p> <p>AUTORIZACIÓN</p> <p>ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelantará gestiones para efectos de celebrar contratos de Seguro y Reaseguro. Y) 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 regalías para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración 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.</p> <p>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 responderlos, 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.</p> <p>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 responderlos.</p> <p>DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me están los derechos previstos en las leyes 1256 de 2008 y 1501 de 2012. En especial, me está el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:</p> <p>K) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11 y 12, e-mail: fasecolda@fasecolda.com - Tel: 344 3000 de la ciudad de Bogotá D.C.</p> <p>L) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, e-mail: inverfas@inverfas.com - Tel: 344 3000 de la ciudad de Bogotá D.C.</p> <p>M) INF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al seguro cuyo dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: directoroperativo@inf.com.co - Tel: 232 0105 de la ciudad de Bogotá D.C.</p> <p>9. 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.</p>	
<p>8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN</p> <p>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, muestras, pruebas de mercado y de información comercial, almacene, procese, reporte, conserve, consulte, suministre, obtenga 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.</p> <p>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 afiladas 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.</p>	
<p>9. FIRMA Y HUELLA</p> <p>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</p> <p>11</p> <p>11</p> <p>FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>	
<p>ESTOS CAMPOS SON DE USO EXCLUSIVO DE SEGUROS ALFA S.A. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.</p>	
<p>10. INFORMACIÓN ENTREVISTA</p> <p>LUGAR DE LA ENTREVISTA: _____</p> <p>FECHA DE LA ENTREVISTA: _____</p> <p>RESULTADO: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/></p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>NOMBRE DEL INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE</p> <p>FIRMA INTERMEDIARIO O PERSONA RESPONSABLE</p>	<p>11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p> <p>FECHA DE VERIFICACIÓN: _____</p> <p>NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA</p> <p>FIRMA</p> <p>OBSERVACIONES</p>

10 **Declaración origen de fondos:** Favor indicar el origen de donde provienen sus recursos, por el contrario si no recibe salario, ayuda familiar u otro medio de dinero favor indicar que no recibe ingresos y el motivo.

11 **Firma y huella:** Es importante la firma y huella legible es esta sección.

12 **Información entrevista:** **Obligatorio** El funcionario de Seguros Alfa S.A. o Seguros de Vida Alfa S.A. debe diligenciar los campos allí descritos e indicar el resultado de la entrevista (Aceptado o Rechazado).