

Formulario de Conocimiento de Cliente Persona Natural

Fecha diligenciamiento			Ciudad	Clase de vinculación
dd	mm	yyyy		Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Otro ☐
Día	Mes	Año		Cuál: _____

1. Información Básica

Nombres			Primer Apellido			Segundo Apellido		
Tipo de Documento	Número de Documento		Fecha de Expedición ID		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	
		dd	mm	yyyy	dd	mm	yyyy	
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Dirección Residencia				Ciudad Residencia			Departamento Residencia	
Correo electrónico							Teléfono o Celular	
Actividad Principal							CIU (Cód)	
Empresa donde Trabaja		Dirección Empresa			Ciudad Empresa		Cargo	

Es usted una Persona Expuesta Políticamente, está vinculado o asociado a una de ellas? (Ver definición en el pie de página).

SI ☐ NO ☐

Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?

SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es afirmativa por favor diligenciar la sección de conocimiento mejorado de Personas Políticamente Expuestas.

1. Persona Expuesta Políticamente (PEP): consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. Funciones ejercidas a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Es PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo

2. PEP de organizaciones internacionales: Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

3. PEP extranjeros: Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

4. Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas políticamente expuestas. Los que sean asociados cercanos (cuando sea socio, asociado o tenga negocios con una PEP, ya sea por medio de una Persona Jurídica o mediante una relación directa entre Personas Naturales).

Conocimiento Mejorado de Personas Expuestas Políticamente

Vinculo / Relación	Tipo de ID	Número de ID	Nombre	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha desvinculación
							dd/mm/yyyy
							dd/mm/yyyy
							dd/mm/yyyy
							dd/mm/yyyy
							dd/mm/yyyy

Información Financiera

Ingresos Mensuales (pesos)	Egresos Mensuales (pesos)	Activos (pesos)
Pasivos (pesos)	Patrimonio	Otros Ingresos

2. Declaración de Origen de Fondos / Riqueza

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio de la Compañía es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de la(s) actividades descritas anteriormente.

Origen de fondos: _____

3. Cláusula de Autorización

Consideraciones

- 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.
- 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.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- 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 **Chubb Seguros Colombia S.A.** con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en la Carrera 7 # 71 - 21 Torre B Piso 7, teléfono 3266210, la Compañía con la que efectivamente se suscriban contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de las sociedad referenciada y con laque se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es) _____, Dirección _____, Teléfono _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente.

Si ☐ No ☐

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **Chubb Seguros Colombia S.A.**, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- Que **Chubb Seguros Colombia S.A.**, me ha informado, de manera expresa:
 - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por **Chubb Seguros Colombia S.A.**, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con **Chubb Seguros Colombia S.A.**, 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 **Chubb Seguros Colombia S.A.**, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) 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.
 - El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
 - 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 **Chubb Seguros Colombia S.A.** ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **Chubb Seguros Colombia S.A.**, 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 **Chubb Seguros Colombia S.A.** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, 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 de estudios estadísticos actuariales.
 - TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
 - 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 a los datos biométricos.
 - 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.
 - 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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
 - RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que el Responsable del tratamiento de la información es **Chubb Seguros Colombia S.A.**, 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, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:
 - FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

- b)

INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 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, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

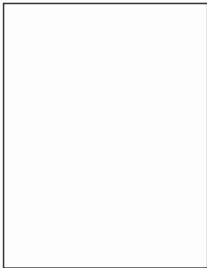
Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado “usuarios de la información”, especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

Si ☐ No ☐

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Firma _____



Huella dactilar

Observaciones _____
