Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado, de manera expresa:

I. **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 trámite de 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) 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.

II. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. n

III. **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 de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. 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 **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** 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.

IV. **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.

V. **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. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VI. **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.

VII. **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.

VIII. **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, transmitan, 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, 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.

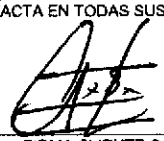
Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control 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.

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



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 _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

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:

Vinculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

* Vinculo/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).

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? ☐ SI ☐ NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO
nov de 2022	seguro de vida deudor	BBVA SEGUROS	3.000.000	RECLAMACIÓN

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Inventario general de los bienes objeto del seguro

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

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, 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono	Compañía - Dirección - Teléfono
SBS Seguros Colombia S.A Avenida Cra 9 No. 101 - 67, Piso 7 Teléfono: (1)3138700	Allianz Carrera 13 A No. 29-24 Teléfono: (1)5600600	Aseguradora Solidaria Calle 100 No. 9A-45 Teléfono: (1)6464330
BBVA Seguros Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 Teléfono: (1)2191100	Cardif Carrera 7a No. 75 - 66 Teléfono: (1)7444040	JMalucelli Travelers Seguros S.A Calle 98 No. 21-50 Teléfono: (1)7039052
CHUBB Carrera 7 No. 71 - 21 Torre B, Piso 7, Edificio BVC Teléfono: (1)3266210	Confianza S.A. Calle 82 No. 11-37 Teléfono: (1)6444690	Bolívar Av. Dorado No. 68B-31 Teléfono: (1)3410077
Aurora Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 Teléfono: (1)7425119	Colmena Seguros Av. Calle 72 No. 10-71 P4 Teléfono: (1)3241111	Seguros Mundial Calle 33 No. 6B-24 Teléfono: (1)2855600
HDI Seguros S.A. Carrera 7 No. 72-13 Teléfono: (1)3468888	Global Seguros Carrera 9 No. 74-62 Teléfono: (1)3139200	La Equidad Seguros Carrera 9A No. 99-07 Teléfono: (1)5922929
La Previsora Calle 57No. 9-07 Teléfono: (1)3485757	Liberty Calle 72 No. 10-07 Teléfono: (1)3103300	Mapfre Carrera 14 No. 96-34 Teléfono: (1)6503300
Metlife Carrera 7 No. 99-53 Teléfono: (1)6388240	Pan American Life Calle 116 No # 23 - 06 / 28 Piso 7 Teléfono: (1)3267400	Positiva Av. Carrera 45 No.94-72 Teléfono: (1)6502200
BMI Carrera 11 No. 84-09 Costado Sur Piso 9 Teléfono: (1)5187700	Segurexpo Calle 72 No. 6-44 Teléfono: (1)3266969	Seguros Alfa Av Calle 24A No. 59-42 Teléfono: (1)3446770
SURAMERICANA S.A Carrera 64b No 49A - 30 Medellín Colombia (4)2002100	Seguros del Estado Carrera 11 No. 90-20 Teléfono: (1)6019330	Old Mutual Av. 19 No. 109A- 30 Teléfono: (1)6584300
AXA Colpatria Carrera 7 No. 24-89 Teléfono: (1)3364677	Nacional de Seguros Calle 94 No. 11-30 P 4 Teléfono: (1)7463219	Coface Carrera 15 No. 91-30 Oficina. 601 Teléfono: (1) 6231631
Berkley Carrera 7 No. 71-21 TB Oficina 1002 Teléfono: (1)3572727	Zurich Calle 116 No. 7-15 Oficina 1401 Teléfono: (1) 5188482	Solunion Calle 7 sur No. 42-70 Oficina 815, Medellín Teléfono: (4) 4440145
OTRA:	OTRA:	OTRA:

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que 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

Este formulario contiene las disposiciones establecidas en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia

Versión 2019

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- SECTOR ASEGURADOR

Fecha Diligenciamiento: 01/03/2024 | Ciudad: Mocoa | Sucursal: | Tipo Solicitud:

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:

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

Tomador - Asegurado	( ) Familiar ( ) Comercial ( ) Laboral ( ) Otra	Cual:
Tomador - Beneficiario	( ) Familiar ( ) Comercial ( ) Laboral ( ) Otra	Cual:
Asegurado - Beneficiario	( ) Familiar ( ) Comercial ( ) Laboral ( ) Otra	Cual:

1. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO	Torres	SEGUNDO APELLIDO	Muñoz	NOMBRES	Alexis		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	1124857975	FECHA DE EXPEDICIÓN	27-09-2010	LUGAR DE EXPEDICIÓN	Mocoa
FECHA DE NACIMIENTO	12/06/1992	LUGAR DE NACIMIENTO	Pitalito, Huila	NACIONALIDAD 1	Colombiano	NACIONALIDAD 2	
E-MAIL	alexis-torres31@hotmail.com	DIRECCIÓN (Residencia)	vereda el paraiso	DEPARTAMENTO	PUTUMAYO		
CIUDAD	Mocoa	TELÉFONO		CELULAR	3127194556	ACTIVIDAD PRINCIPAL	Pensionado
SECTOR		CIIU (cod)	0020	TIPO DE ACTIVIDAD	Otro, cual?	¿Cual?	PENSIONADO POR INCAPACIDAD
OCUPACION	Pensionado	CARGO		EMPRESA DONDE TRABAJA			
DIRECCIÓN (Oficina)		CIUDAD		DEPARTAMENTO			
TELÉFONO (Oficina)		ACTIVIDAD SECUNDARIA		CIIU (cod)			

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	1.300.000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	1.300.000
ACTIVOS (Pesos)	0	PASIVO (Pesos)	15.000.000
PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos)	-13.700.000	OTROS INGRESOS (Pesos)	0
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES			

¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?. (Ver definición en el pie de página) ( ) SI (X) NO

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? ( ) SI (X) NO

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

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? ( ) SI (X) NO

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio 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.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: Pension por incapacidad

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? ( ) SI (X) NO CUAL: INDIQUE OTRAS OPERACIONES:

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

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

Persona PúblicamenteExpuesta (PPE): 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.