

LIQUIDACIÓN DE INDEMNIZACIÓN

Sujeto a las condiciones de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, y a las condiciones Generales y Particulares de la póliza VIDA GRUPO No. 994000000063, en la que figura como asegurado JORGE ISAAC ARCOS ORTIZ Yo, **BEATRIZ EUGENIA DEL SOCORRO NARANJO BUITRAGO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.290.776, actuando en nombre propio, en calidad de beneficiario designado de la póliza citada, bajo el siniestro número 965-15-2022-30183 con el registro único de Indemnización RUI-81115, de manera libre, consciente y voluntaria manifiesto lo siguiente:

Que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa me reconocerá como pago único, total y definitivo de la indemnización derivada del amparo Básico de muerte por el fallecimiento del asegurado, la suma de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE. (50.000.000)**.

Por lo anterior, autorizo a **Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa**, a efectuar el pago de la indemnización a la cuenta de Ahorros número 113020314492 del Banco Falabella, cuyo titular es el beneficiario BEATRIZ EUGENIA DEL SOCORRO NARANJO BUITRAGO.

En virtud de lo anteriormente acordado se dispone lo siguiente:

1. Una vez cumplidas las obligaciones suscritas en el presente acuerdo por parte de Aseguradora Solidaria De Colombia, Entidad Cooperativa y el beneficiario, se declaran a paz y salvo de todo concepto.
2. En caso de aparecer otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, El beneficiario se compromete a mantener indemne a Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, y en consecuencia, procederá a reconocer la cuota parte que por ley corresponda.
3. Así mismo le informamos que es necesario diligenciar el [FUCC](#) “**Formato único de conocimiento del cliente**” el cual anexamos y que resulta indispensable para continuar con el reconocimiento del pago.

Agradecemos remitir los documentos firmados al correo liquidacionespersonas@solidaria.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Firma Asegurado/ Beneficiario
CC


Huella índice derecho

Nota: El presente documento deberá ser autenticado en notaria, si la suma a indemnizar supera los 12 SMMLV.

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SIN VÍNCULO <input type="checkbox"/>							
DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR – ASEGURADO - BENEFICIARIO)							
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____				LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN DOMICILIO				CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DOMICILIO <i>Opcional</i>		NACIONALIDAD
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				SEXO		ESTADO CIVIL	
DÍA		MES		AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
						SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>							CODIGO CIU (*)
DETALLE: _____							
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):							
1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
En caso de diligenciar SI, por favor detalle sus relacionados:							
Número de documento _____		Nombre Completo _____		Vínculo con la PEP _____			
Número de documento _____		Nombre Completo _____		Vínculo con la PEP _____			
Número de documento _____		Nombre Completo _____		Vínculo con la PEP _____			
Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicioneen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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.							
Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).							
INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL							
INGRESO MENSUAL \$ _____		OTROS INGRESOS MENSUALES \$ _____		TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ _____		TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ _____	
TOTAL ACTIVOS \$ _____				TOTAL PASIVOS \$ _____			
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS _____							
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES							
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>							
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							
TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO		ENTIDAD		MONTO	CIUDAD
							PAÍS
							MONEDA
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 éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.							
3. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.							
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.							
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):							
6. Origen de ingresos: De mi actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____							
CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)							
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:							
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.							
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.							
3. El alcance de los servicios de intermediación.							
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.							
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).							
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.							
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.							
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.							
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.							
AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO							
Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA , o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.							

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL FHC-GL-11 16/10/2021 V.3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiere el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:** Recolectar, solicitar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI NO

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de haberes data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

Parágrafo 2: De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación. (Solo Aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES).

ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL

Convenzo con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

_____ NOMBRE	_____ FIRMA C.C.	_____ HUELLA
------------------------	----------------------------	------------------------

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____
 RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

_____ FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA	En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.
---	---

_____ CARGO	_____ FIRMA DEL INTERMEDIARIO
_____ CARGO	_____ CARGO