

# Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

**Persona Natural:** Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

**Persona Jurídica:** Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%. RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad:

Fecha:

Tipo de trámite: Vinculación  Actualización

Clase de cliente: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Indique los vínculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (Individualización del producto):

Tomador -Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input checked="" type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Tomador -Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input checked="" type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input checked="" type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cuál: <input type="text"/>

## Persona Natural

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
-----------------	------------------	-------------------

## Documento de Identidad

Personas Nacionales		Personas Extranjeras		NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cuál ingresó a Colombia:		
Cédula <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	NUIP <input type="radio"/>	C. Extranjería <input type="radio"/>		Pasaporte <input type="radio"/>	Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="radio"/>
No <input type="text"/>		No <input type="text"/>			No <input type="text"/>	
Fecha de expedición	Lugar de expedición		Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.			

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia
Ciudad	Teléfono	E-mail	Celular

Oficio o profesión	Actividad: Independiente <input type="radio"/> Dependiente <input checked="" type="radio"/>
--------------------	---

Empresa donde trabaja	Cargo	Teléfono
-----------------------	-------	----------

Dirección comercial	Ciudad
---------------------	--------

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
Existe algún vinculo entre Ud. y una persona consideradamente públicamente expuesta? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	

Actividad económica	Código CIU
---------------------	------------

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
----------------------------	---------------------------

Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
-----------------	-----------------

Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
--------------------	------------------------

Concepto otros ingresos
-------------------------

## INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
Tipo de documento	N°	Fecha de expedición
		Lugar de expedición

## Persona Jurídica

Nombre o razón social	Nit.
CAMPO FORESTAL SAS	900582452-7

Oficina principal: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
CALLE 118 5 33	BOGOTA D.C	8052020	

Sucursal o agencia: Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
CALLE 118 5 33	BOGOTA D.C	8052020	

Tipo de empresa	Sector de la economía	Cuál	Fecha de Constitución
S.A.S	PRIVADO		10/01/2013

Actividad económica	Código CIU
Actividades de apoyo a la agricultura	0161

## INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL/APODERADO:

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos
SANCHEZ	DIAZ	PAULA FERNANDA

Tipo de documento	N°	Fecha de expedición	Lugar de expedición
CC	52882251	13/06/1999	BOGOTA D.C

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
13/07/1981	BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Dirección	Ciudad	Teléfono
CALLE 118 5 33	BOGOTA D.C	6018052020

\*Si alguno de los socios o accionistas tienen el 5% o más directo o indirecto, se debe certificar la composición hasta que se identifique el beneficiario final (beneficiario final: Es toda persona natural que, sin ser necesariamente Cliente, tiene una participación superior al 5% del capital de un cliente directa o indirectamente). Si el socio o accionista es una sociedad comercial que cotiza en bolsa de valores y está sujeta a requisitos de revelación de información en el mercado de valores, no es necesario identificar a los beneficiarios finales de dichas sociedades, pero adjunte la constancia de cotización en Bolsa del socio o accionista, que puede ser un pantallazo de la Bolsa en la que Cotiza.

**Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)**

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
CAMPO CAPITAL S.A.S	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	900.382.402-0	50%
CAMBIUM S.A.S	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	99.570.160-K	50%
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		

Ingresos Mensuales (Pesos) 209.876.328 Egresos mensuales (Pesos) 57.429.586

Activos (Pesos) 906.599.238 Pasivos (Pesos) 413.174.866

Patrimonio (Pesos) 493.424.372 Otros Ingresos (Pesos) 110.046.147

Concepto otros ingresos Flota y Equipo, Seguros, Descuentos, Reintegro de costos, Incapacidades

**Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)**

Realiza transacciones en moneda extranjera Sí  No  Cuál Pagos Indique otras operaciones

**Productos financieros en el exterior**

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
------------------	--------------------------------------	---------	-------	--------	------	--------

**Información sobre reclamaciones en seguros**

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

**Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)**

**Declaraciones y Autorizaciones**

**1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de Campo Forestal S.A.S, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, actividad, negocio, etc.) Operación; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A. y/o COLSERAUTO S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

**2. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CRÉDITO y CIFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia - FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro - INIF y a Inversiones FASECOLDA - INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

**3. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. Sí  No
- (ii) Envíos comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de notificaciones sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. Sí  No
- (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. Sí  No

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada; ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en [www.allianz.co](http://www.allianz.co). Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

**4. INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

**5. ENTREGA DE CONDICIONES:** Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones, las garantías y demás condiciones negociadas.

**6. DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

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 manuscrita]*  
Firma del cliente o apoderado



FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA VINCULACIÓN	CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
(Intermediario o funcionario si el negocio es directo):	Lugar (Especifique): Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma: Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día Mes Año Hora Observaciones Nombre de la persona que la realiza y cargo: Firma:
Nombre/Razón Social: Clave No./ Cargo del funcionario:		