equidad seguros
Una aseguradora cooperativa con sentido social

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Fecha Diligenciamiento: 06 09 24 Ciudad: Cali Sucursal: _____

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:(INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador-Asegurado	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____
Tomador-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____
Asegurado-Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	Cual _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO: Alegria SEGUNDO APELLIDO: Amú NOMBRES: Melva

TIPO DE DOCUMENTO: Cedula NÚMERO: 66 948 133 FECHA DE EXPEDICIÓN: 30 10 1993 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cali

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: 13 04 1973 NACIONALIDAD 1: Colombiana NACIONALIDAD 2: _____

E-MAIL: josefranco alegria 1992@hotmail.com DIRECCIÓN (Residencia): Calle 4B # 30B - 109 CIUDAD: palmira

DEPARTAMENTO: Valle TELÉFONO: 310 4717409 CELULAR: 310 4717409

SECTOR: _____ CIIU (cod): 4729 TIPO DE ACTIVIDAD: Venta ¿Cual?: _____

OCUPACIÓN: Comerciante CARGO: Dueño EMPRESA DONDE TRABAJA: Tienda

CIUDAD: palmira DIRECCIÓN (Oficina): Calle 4B # 30B - 109 DEPARTAMENTO: Valle

TELÉFONO (Oficina): _____ ACTIVIDAD SECUNDARIA: _____ CIIU (cod): _____

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

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	4000.000	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	1.500.000
ACTIVOS (Pesos)	20000.000	PASIVO (Pesos)	80.000.000
PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos)	190.000.000	OTROS INGRESOS (Pesos)	1000.000

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES: Tienda Virtual

¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente?. (Ver definición en el pie de página) SI ☐ NO ☒	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒

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

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? SI ☐ NO ☒	

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI ☐ NO ☒ Indique: _____

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. 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 como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: _____

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒ CUAL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI ☐ NO ☒ ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

Persona Expuesta Públicamente (PEP): 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 de importantes partidos políticos.

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:

a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
e. El control y la prevención del fraude.
f. La liquidación y pago de siniestros.
g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciarían y actualización de datos.
k. Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:

a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
e. 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 requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este apartado.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, trasmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

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: _____

Resultados de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

Firma: _____

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 vínculado:

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

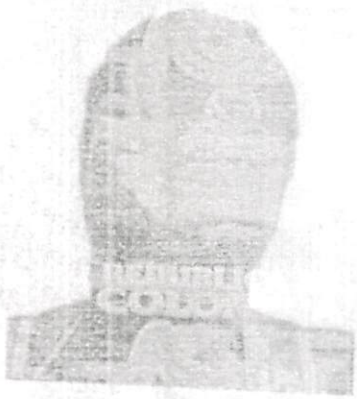
*Vinculo/Relación

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.948.133
ALEGRIA AMU
APELLIDOS
MELBA FLOR
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1973
TIMBIQUI
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

30-SEP-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3100150-00260235-F-0066948133-20101014 0024394684A 1 2790980408