



MAPFRE  
COLOMBIA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE  
(PERSONA NATURAL)

| CLASE DE VINCULACIÓN                                                  | INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)                     | FECHA DE VINCULACIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>   | Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> | OFICINA              |
| ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> | Tomador - Asegurado <input type="checkbox"/>                                                                                            | 19 11 2024           |
| BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/>                      | Tomador - Beneficiario <input type="checkbox"/>                                                                                         |                      |
|                                                                       | Asegurado - Beneficiario <input type="checkbox"/>                                                                                       |                      |

| 1. PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>Cardenas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   | SEGUNDO APELLIDO<br>Correa                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NOMBRES<br>Juan Camilo                                    |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PEPC <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                   | NÚMERO<br>1.144.106.383           | LUGAR DE EXPEDICIÓN<br>Cali                  | FECHA DE EXPEDICIÓN<br>09/03/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | FECHA DE VENCIMIENTO<br>APLICA TIPO ID (C.E. PS PEP/PEPC) | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>                                                                       | OCUPACIÓN / PROFESIÓN<br>A. Comprás |              |                |  |
| PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>Colombia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FECHA DE NACIMIENTO<br>28/02/1999 | NACIONALIDAD<br>Colombiana                   | ¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           | Nº DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                             | ESTADO CIVIL<br>Soltero             | ESTRATO<br>2 |                |  |
| TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                              | NÚMERO ID FISCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           | ¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |              |                |  |
| ¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                          |                                   |                                              | TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL<br>ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INVERSIONISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> |                                                           |                                                                                                                                                  | CÓDIGO CIU<br>8211                  |              |                |  |
| SECTOR<br>AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input checked="" type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> |                                   |                                              | NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA<br>Hevegui General Bussines                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| CARGO<br>Agente de Compra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CIUDAD EMPRESA<br>Cali            | DIRECCIÓN EMPRESA<br>Calle 12 # 32-25 Bcd-18 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TELÉFONO EMPRESA                                          | DIRECCIÓN RESIDENCIA<br>Calle 13 De # 6 Bds 50                                                                                                   |                                     |              |                |  |
| CIUDAD RESIDENCIA<br>Cali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TELÉFONO                          | CELULAR<br>3153185364                        | EMAIL<br>Cardenascorrea.juan.camilo@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| ACTIVIDAD SECUNDARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   | CÓDIGO CIU                                   | ¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| INGRESOS MENSUALES<br>2.200.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   | ACTIVOS<br>35.000.000                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | EGRESOS MENSUALES<br>1.500.000                            |                                                                                                                                                  | PASIVOS<br>20.000.000               |              | OTROS INGRESOS |  |
| ¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |
| SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                                                                                                                                                  |                                     |              |                |  |

| ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE |        |                   |                   |              |         |       |                                  |                      |
|------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|-------------------|--------------|---------|-------|----------------------------------|----------------------|
| Vínculo                                                          | Nombre | Tipo de documento | No identificación | Nacionalidad | Entidad | Cargo | ¿Vinculado Actualmente?<br>Si/No | Fecha desvinculación |
|                                                                  |        |                   |                   |              |         |       |                                  |                      |

\*Vínculo/Relación

- Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
- Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañero/a permanente del PEP) y
- Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

Dedaro expresamente que

- Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) Agente de compras senior
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

|                                            |                                                                    |                |               |             |      |        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|-------------|------|--------|
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | IMPORTACIONES  | EXPORTACIONES | INVERSIONES |      |        |
| PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | TRANSFERENCIAS | GIROS         | PRÉSTAMOS   |      |        |
| TIPO DE PRODUCTO                           | NÚMERO DEL PRODUCTO                                                | ENTIDAD        | MONTO         | CIUDAD      | PAÍS | MONEDA |
|                                            |                                                                    |                |               |             |      |        |

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI ☐ NO ☒

| AÑO | RAMO | COMPANÍA | VALOR | RECLAMACIÓN | INDEMNIZACIÓN |
|-----|------|----------|-------|-------------|---------------|
|     |      |          |       |             |               |

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente 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 públicamente 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.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

\*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W3 Ben o W8 Ben-E según corresponda

## 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente)
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario - RUT - si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO: Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaria, junto con la copia del documento de identificación.

## 6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo Mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasescolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones premiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas legales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales; (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes; (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento; (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes; (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, expuesta e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo controle, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual lei y comprendi cabalmente. Si ☒ NO ☐

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasescolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, 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 ☐

## 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

C.C.

1.144.106.383



HUELLA

## 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

|                                             |                                                                      |     |     |      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| LUGAR DE LA ENTREVISTA                      |                                                                      |     |     |      |
|                                             | DÍA                                                                  | MES | AÑO | HORA |
| FECHA DE LA ENTREVISTA                      |                                                                      |     |     |      |
| RESULTADO                                   | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |     |     |      |
| OBSERVACIONES                               |                                                                      |     |     |      |
| NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE |                                                                      |     |     |      |
| FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE  |                                                                      |     |     |      |

## 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

|                                         |     |     |     |      |
|-----------------------------------------|-----|-----|-----|------|
|                                         | DÍA | MES | AÑO | HORA |
| FECHA DE LA ENTREVISTA                  |     |     |     |      |
| OBSERVACIONES                           |     |     |     |      |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN |     |     |     |      |
| FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN  |     |     |     |      |
| C.C.                                    |     |     |     |      |

VERSIÓN 2021 01 SARLAFT