



**MAPFRE**  
COLOMBIA

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
(PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VINCULOS 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		PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario		PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>
	Asegurado - Beneficiario		INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>

**1. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>Bastidas</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>Erazo</b>	NOMBRES <b>Carlos Alberto</b>	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> P.E.P. <input type="checkbox"/> P.E.P.C. <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>1131085176</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>Nariño</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>14-Mayo-2013</b>
PAÍS <b>Colombia</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>14-May-1995</b>	NACIONALIDAD <b>Colombiano</b>	¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL _____
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS _____		NÚMERO ID FISCAL _____	¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>		TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL 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 CIUJ _____
SECTOR AGROPECUARIO <input checked="" type="checkbox"/> COMERCIO <input 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 _____	
CARGO _____	CIUDAD EMPRESA _____	DIRECCIÓN EMPRESA _____	TELÉFONO EMPRESA _____
CIUDAD RESIDENCIA <b>Nariño</b>	TELÉFONO _____	CELULAR <b>304426709</b>	EMAIL <b>cbastidas342@gmail.com</b>
ACTIVIDAD SECUNDARIA _____	CÓDIGO CIUJ _____	¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)	
INGRESOS MENSUALES <b>1'500.000</b>	EGRESOS MENSUALES <b>950.000</b>	ACTIVOS <b>0</b>	PASIVOS <b>0</b>
OTROS INGRESOS <b>0</b>	CONCEPTO OTROS INGRESOS _____		
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>			
TIENE ALGÚN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" 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? Si/No	Fecha desvinculación

- \*Vínculo/Relación  
 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)  
 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañero/a permanente del PEP), y  
 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA**

Declaro expresamente que  
 1. Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) Agricultor  
 2. 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.  
 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.  
 4. 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 <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>		
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	GIROS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/>		
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	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	COMPañA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

**Personas Expuestas Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016);, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales e 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.  
**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 W8, W8 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 periodo gravable disponible.
4. APODERADO, Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaría, 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) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales 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 ilegales 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, explícita 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 contrate, 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 terceros o a 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 leí y comprendí cabalmente.  SI  NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, 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

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARI AFT, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactados por LA ASEGURADORA y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales:

- |                       |   |                                      |
|-----------------------|---|--------------------------------------|
| 1. Llamada telefónica | 3. Correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Mensajería por aplicaciones o web |
| 2. Mensaje de Texto   | 4. Mensajería en físico                                   | 6. Otro _____                        |

**7. FIRMA Y HUELLA**

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

*Carlos Bastidas*

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 1131085176.



**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA	MES	AÑO	HORA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESULTADO      ACEPTADO       RECHAZADO

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

**9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA	MES	AÑO	HORA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN

C.C.