

FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

NIT. 860.524.654-6

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

| | | | | |
|---|---------------------------------|-------------|---|--|
| CLASE DE VINCULACIÓN: TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> | AGENCIA | RAMO | PÓLIZA No. | FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO |
| | NOMBRE DEL INTERMEDIARIO | | TIPO AGENTE <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/> AGENCIA <input type="checkbox"/> | CLAVE |

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL FAMILIAR COMERCIAL SIN VÍNCULO

DATOS DEL TOMADOR

| | | | |
|---|--|-------------------------|---------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. | NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres) | | |
| DIRECCIÓN | TELÉFONO/CELULAR | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |

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"/> No. | LUGAR DE EXPEDICIÓN | FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO | TELÉFONO DOMICILIO | HORA DE CONTACTO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO CELULAR | HORA DE CONTACTO | OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX | NACIONALIDAD |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | SEXO M F | ESTADO CIVIL 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 |

| | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | ÁREA O DEPARTAMENTO | CARGO QUE DESEMPEÑA | PROFESIÓN U OFICIO |
| DIRECCIÓN OFICINA | TELÉFONO OFICINA / FAX | MUNICIPIO/CIUDAD | DEPARTAMENTO |

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:

¿Maneja recursos públicos? SI NO ¿Tiene reconocimiento público? SI NO ¿Ejerce algún grado de poder público? SI NO

¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta SI () NO () en caso de diligenciar SI por favor indique el nombre _____

CÓDIGO PEPs

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"/> PRESTAMOS 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 |

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

| AÑO | RAMO | COMPAÑÍA | VALOR | RECLA. | INDEM. |
|-----|------|----------|-------|--------|--------|
| | | | | | |

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- 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.
- 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 Ltda., Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir 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.
- Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- 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.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
 Origen: _____

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 requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectuó 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.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE DOC-03 26/07/2013 v.4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLAUSULA DE AUTORIZACION**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la ley 1581, las disposiciones que buscan la protección de datos y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratan observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

Autorización: Para efectos de la presente autorización, enténdase por la Aseguradora, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA; ENTIDAD COOPERATIVA** y con la que efectivamente se suscribe contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, por la ASEGURADORA.

Así mismo, enténdase como **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** la(s) sociedad(es) _____

Dirección _____, Teléfono _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente por la ASEGURADORA.

Declaro Expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden la actividad aseguradora:

II. Que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado de manera expresa:

1.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DATO PERSONAL: Mis datos personales serán tratados por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual. II) El proceso de negociación de datos con **LA ASEGURADORA**, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. III) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. IV) El control y la prevención del fraude. V) La liquidación y pago de siniestros. VI) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. VII) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. VIII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadística, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. IX) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. X) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**. XI) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. XII) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdo internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. XIII) La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo. XIV) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2.El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3.USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados o divulgados para las finalidades mencionadas, a: I) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. II) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, tales como: Ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externo, entre otros. III) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y determinación del contrato de seguro. IV) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efecto de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. V) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4.TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5.DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario se debe tener en consideración el capítulo XI del Título I de la Circular Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas.

7.DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8.RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO**, cuyos datos de contrato se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso los encargados del Tratamiento de los datos que compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

a)FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.

b)INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.

c)INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude cuya dirección es Carrera 13 No. 33-43 Piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluido los sensibles y autorizo, de ser necesario la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

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 INDICE
DERECHO

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____ FECHA _____ HORA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____

CARGO _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

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.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO