

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL INTERMEDIARIO - PERSONA JURÍDICA

Fecha Diligenciamiento Ciudad Sucursal Tipo Solicitud

1. INFORMACIÓN BÁSICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL TIPO DE DOCUMENTO

NIT OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN TIPO DE EMPRESA

CIU CIU (Cod) SECTOR

DEPARTAMENTO CIUDAD TELÉFONO E-MAIL

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN DEPARTAMENTO CIUDAD TELÉFONO

Representante Legal

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO NÚMERO FECHA DE EXPEDICIÓN LUGAR DE EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO NACIONALIDAD 1 NACIONALIDAD 2

E-MAIL DIRECCIÓN (Residencia) CIUDAD

DEPARTAMENTO PAÍS TELÉFONO CELULAR

¿Alguno de los administradores (Representantes Legales o miembros de la Junta Directiva) es una Persona Públicamente Expuesta ?
(Ver definición de administrador, PPE y vinculados en el pie de página). SI NO Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas.

¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes Legales o miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos? SI NO

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO Indique:

Accionistas

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación. 2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control yñal sobre la entidad. (En caso de requerir más espacio debe anexar una relación por separado). 3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente, sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% Participación	¿ Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿ Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculado con una de ellas?, (aplica únicamente para personas naturales).	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países?, Indique cual(es)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 importantes de partidos políticos.

Administradores (Ley 222 de 1995, art. 22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones.

Vinculados: 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.

Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI:

Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que lo Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país, o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario yñal; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y ñnanciamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

Conocimiento mejorado de Personas Expuestas Públicamente

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesto o vinculado:

Vínculo/ Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Vínculo / Relación

1. Representantes legales
2. Miembros de la Junta Directiva
3. Accionistas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales

NÚMERO ID	NOMBRE	NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA	TIPO ID	ID	% Participación

Información Financiera (Pesos)

INGRESOS MENSUALES	<input style="width: 90%;" type="text"/>	EGRESOS MENSUALES	<input style="width: 90%;" type="text"/>	ACTIVOS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
PASIVOS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	PATRIMONIO	<input style="width: 90%;" type="text"/>	OTROS INGRESOS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	<input style="width: 95%;" type="text"/>				

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
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 posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente.

Origen de Fondos:

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	CUAL	<input style="width: 90%;" type="text"/>	INDIQUE OTRAS OPERACIONES	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?			<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA		

4. RÉGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES DE LAS SOCIEDADES DE CAPITALIZACIÓN, ASEGURADOS E INTERMEDIARIOS

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 77 del Estatuto Orgánico Financiero, a continuación marque según corresponda:

1. ¿Su Agencia es dirigida por una Sociedad de Comercio?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
2. Del 100% de las primas generadas por su Agencia, ¿el 20% o más, son generadas por la Sociedad de Comercio o de su clientela comercial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Alguno de los socios o administradores de la sociedad, están inscritos como Agentes Colocadores de los ramos de seguros que la agencia ofrece?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
4. ¿Su Agencia tiene algún socio o administrador que esté inhabilitado para actuar como Agente colocador de seguros?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input style="width: 80%;" type="text"/>
5. Los Representantes Legales que dirigen su Agencia, ¿ejercen cargos oñciales, semioñciales o pertenecen a cuerpos públicos colegiados?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input style="width: 80%;" type="text"/>
6. ¿Los Representantes Legales que dirigen su Agencia, son directores, gerentes, administradores o empleados de instituciones bancarias y de crédito?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input style="width: 80%;" type="text"/>
7. ¿Los Representantes Legales que dirigen su Agencia, son socios, directores, administradores o empleados de una empresa comercial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Indique <input style="width: 80%;" type="text"/>

8. Del 100% de las primas generadas por su agencia, el 20% o más ¿son generadas por ésta empresa o su cliente la comercial?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
9. ¿Los Representantes Legales que dirigen su agencia, son extranjeros no residentes en el país por más de un año?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
10. ¿Los Representantes Legales que dirigen su agencia, son directores, gerentes o funcionarios de una compañía de seguros o de capitalización?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Indique cuál _____
11. ¿Los Representantes Legales que dirigen su agencia, están inscritos como agentes colocadores de los ramos de seguros que la agencia ofrece?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
12. ¿Su Agencia vende, ofrece, promociona o hace publicidad de pólizas de seguros de entidades extranjeras?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
13. ¿En el último año, los Representantes Legales se desempeñaron como funcionarios públicos, prestaron a título particular servicios de asistencia, representación o asesoría?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
14. ¿Actualmente los Representantes Legales de su Agencia, representan a una Oficina de Representación?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
15. Los Representantes Legales de su Agencia han sido inhabilitados para ejercer el comercio o su profesión? (Art. 14 del Código de Comercio)	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
16. Durante los últimos (5) cinco años, ¿los Representantes Legales de su Agencia participaron como administradores o revisores fiscales de alguna entidad financiera en que se haya decretado la toma de posesión con fines de liquidación?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) , _____ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).
Dirección _____, Teléfono _____

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente.

Declaro expresamente:

SI NO

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2. Que LA ASEGURADORA me ha informado, de manera expresa:

I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: I) El trámite de nuestra solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos 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, estadísticas, 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, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la xiii) 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. **II.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

III. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos 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 INTERMEDIARIOS DE SEGUROS O REASEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) las personas con las cuales LA ASEGURADORA adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. y) **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.

IV. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento. **V. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad sobre 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, los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración lo correspondiente en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

VI. 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 hemos sido obligados a responderlas. **VII. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros. **VIII. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS**. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se 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, e-mail: 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, e-mail: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. c) **INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro** cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", 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

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

3. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

4. CERTIFICACIÓN: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA ASEGURADORA señalados en este documento.

SI NO

5. Nota: La suscripción de éste formulario, lleva consigo la aceptación por parte de quien lo suscribe para compartir la información aquí suministrada con los miembros del gremio asegurador, con el fin de verificar que no se encuentre inmerso en las inhabilidades señaladas en los artículos 77 y 41 del Estatuto Orgánico Financiero.

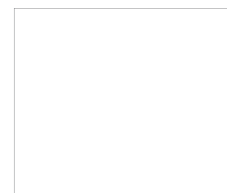
DOCUMENTOS REQUERIDOS ANEXOS A ESTE FORMULARIO:

1. Certificado original de existencia y representación legal con vigencia no mayor a tres (3) meses de emisión.
2. Fotocopia de la cédula del Representante Legal
3. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.
4. Fotocopia de la resolución en la cual la DIAN autoriza la facturación para aquellos que pertenecen al Régimen Común (aplica para agencias).
5. Certificación Bancaria.
6. Estados Financieros del último año.
7. Hoja de vida del Representante Legal.
8. Hoja de vida del equipo de trabajo que mantendrá relación comercial con Nacional de Seguros con sus respectivas certificaciones laborales o Certificaciones de Idoneidad de otras compañías de seguros que exploten el ramo de Cumplimiento y RC para la implementación de la Circular 050 de 2015.
9. Dos (2) referencias comerciales, de las cuales por lo menos una, sea emitida por una compañía de seguros.
10. Dos (2) copias firmadas del Contrato Comercial para Intermediario de Seguros y sus anexos (Anexo SAC, Anexo Indemnizaciones y Código de Ética de Intermediarios).

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 REPRESENTANTE LEGAL



Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista:

Fecha de la Entrevista: Día Mes Año

Hora de la Entrevista:

Observaciones:

Resultado de la Entrevista APROBADO RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación:

Hora de Confirmación:

Nombre y Cargo

de Quien Verifica:

Observaciones:

Firma: _____