

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL INTERMEDIARIO - PERSONA NATURAL



Fecha Diligenciamiento  Ciudad  Sucursal  Tipo Solicitud

## 1. INFORMACIÓN BÁSICA

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)  DEPARTAMENTO

CIUDAD  TELÉFONO  CELULAR  ACTIVIDAD PRINCIPAL

SECTOR  CIU (Cod)  TIPO DE ACTIVIDAD  ¿Cuál?

OCUPACIÓN  CARGO  EMPRESA DONDE TRABAJA

DIRECCIÓN (Oficina)  CIUDAD  DEPARTAMENTO

TELÉFONO (Oficina)  ACTIVIDAD SECUNDARIA  CIU (Cod)

¿ QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)

INGRESOS MENSUALES (Pesos)  EGRESOS MENSUALES (Pesos)

ACTIVOS (Pesos)  PASIVO (Pesos)

PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos)  OTROS INGRESOS (Pesos)

CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES

¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición en el pie de página).  SI  NO

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?  SI  NO

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

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

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

## 2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo 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.
- 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 ¿CUÁL?  INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?  SI  NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRAJERA?  SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Persona Públicamente Expuesta (PPE):** 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.

## 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. ¿Usted ejerce cargos oficiales, semioficiales o pertenece a cuerpos públicos colegiados? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input type="text"/>	2. ¿Es Usted director, gerente, administrador o empleado de instituciones bancarias y de crédito? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input type="text"/>
3. ¿Es Usted socio, director, administrador o empleado de una empresa comercial? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input type="text"/>	4. ¿Del 100% de las primas generadas por usted, el 20% o más ¿son generadas por ésta empresa o su clientela comercial? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. ¿Es Usted extranjero no residente en el país por más de un año? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	6. ¿Es Usted director, gerente o funcionario de una compañía de seguros o de capitalización? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿Quién? <input type="text"/>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

<p>7. ¿Usted vende, ofrece, promociona o hace publicidad de pólizas de seguros de entidades extranjeras? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>¿Quién? _____</p>	<p>8. ¿En el último año, usted se desempeñó como funcionario público, prestó a título particular, servicios de asistencia, representación o asesoría en asuntos relacionados con las funciones propias del cargo para el cual es postulado? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>9. ¿Actualmente usted es representante de una Oficina de Representación? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>	<p>10. ¿Ha sido inhabilitado para ejercer el comercio o su profesión? (Art. 14 del Código de Comercio) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>11. Durante los últimos (5) cinco años ¿usted participó como administrador o revisor fiscal 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</p>	

## 5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente 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.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales 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 el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- 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.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACIÓN

Autorizo expresamente 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.

SI  NO

Declaro expresamente:

- 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.
- Que **LA ASEGURADORA** me han informado, de manera expresa:

**I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por **LA ASEGURADORA**, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi 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 o intermediarios 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 INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA**, 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.

**v) FASECOLD, 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 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, los relativos a la salud y a 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 he sido obligado 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 y Ley 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**VIII. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS**, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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, email: 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, email: 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.

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, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos 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.

SI  NO

#### 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. Declaración de renta del último año.
7. Hoja de vida del Representante Legal y/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.
8. Dos (2) referencias comerciales, de las cuales por lo menos una, sea emitida por una compañía de seguros.
9. 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:   
Hora de la Entrevista:   
Nombre del Asesor:   
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: \_\_\_\_\_

#### ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

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

\*Vínculo / Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos, padres adoptantes).