

Clase de VinculaciónTomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otra ☐Cuál? _____**Indique los vínculos existentes entre Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario: (Individualización del producto)**

	Familiar	Comercial	Laboral	La misma persona	Otra
Tomador - Asegurado					
Tomador - Beneficiario					
Asegurado - Beneficiario					

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Tipo de Documento C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ PAS ☐ NIT ☐ Otro ☐			Número Documento de Identificación		Fecha de Expedición Día Mes Año
Fecha Nacimiento Día Mes Año		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad 1	Nacionalidad 2
Dirección Residencia		Ciudad Residencia		Departamento Residencia	E-mail
Teléfono Residencia		Celular		Actividad Principal Asalariado ☐ Comerciante ☐ Estudiante ☐ Hogar ☐ Independiente ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Otra ☐ Cual _____	
CIU		Ocupación / Oficio		Profesión	Cargo
Empresa donde trabaja		Dirección Laboral		Teléfono Laboral	
Ciudad Laboral		Departamento Laboral		¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)	
Ingresos Mensuales (Pesos) \$ _____		Egresos Mensuales (Pesos) \$ _____		Otros Ingresos (Pesos) \$ _____	Activos (Pesos) \$ _____
Pasivos (Pesos) \$ _____		Concepto Otros Ingresos Mensuales			

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de "PEP" en el pie de página)

Si ☐ No ☐ Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:

Descripción

Fecha de Ingreso Día Mes Año		Fecha de Desvinculación Día Mes Año		¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página)				
Si ☐ No ☐ Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:								
Vínculo/Relación	Nombre		Tipo ID	Número ID	Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso Día Mes Año	Fecha de Desvinculación Día Mes Año
							Día Mes Año	Día Mes Año
							Día Mes Año	Día Mes Año
							Día Mes Año	Día Mes Año
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				Especifique el País				
Si ☐ No ☐								

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS < FAVOR DILIGENCIAR >

Declaro expresamente que:

1. 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.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo 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 poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones ☐ Inversiones ☐ Pago de servicios ☐ Prestamos ☐ Cuentas en moneda extranjera ☐						
Si ☐ No ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Giros ☐ Productos financieros ☐ Otro ☐ Cuál? _____						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° _____, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de LIBERTY SEGUROS S.A. y LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos: SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
- Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS. SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., 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, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente. SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia. SI ☐ NO ☐

7. FIRMA Y HUELLA

"Como consecuencia 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"

Huella Dactilar

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Índice Derecho

8. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Lugar de la entrevista	Fecha de la Entrevista Día Mes Año			Hora	Resultado Aprobado ☐ Rechazado ☐
Observaciones					
Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador	Clave	FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR			

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT. 860.039.988-0