

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA- SECTOR ASEGURADOR

Fecha Diligenciamiento		Ciudad	Sucursal		Tipo de Solicitud: ☐ Vinculación ☐ Renovación	
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.						
CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador ☐ Beneficiario ☐ Proveedor ☐ Otro _____ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Intermediario ☐ _____					Residencia de la Sociedad ☐ Nacional ☐ Extranjera	
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).						
Tomador - Asegurado		☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cual: _____
Tomador - Beneficiario		☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cual: _____
Asegurado - Beneficiario		☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Cual: _____

1. INFORMACIÓN BÁSICA						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO DE DOCUMENTO	NIT	DV
OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN		PAÍS	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		PAÍS	CIUDAD	TELÉFONO	FAX	
TIPO DE EMPRESA: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Of. de Representación ☐ Extranjera ☐ Otra ☐ Cuál: _____						
SECTOR DE LA ECONOMÍA		CIU	ACTIVIDAD ECONÓMICA	E-MAIL		

Representante Legal						
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C ☐ C.E ☐	NIT ☐ NUIP ☐	T.I. PASAPORTE ☐	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, 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 selección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas

¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, 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 mas 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 final sobre la entidad. (En caso de requerir mas 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)

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al (decreto1674 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: 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.

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 o 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 personas jurídicas; y ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento 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 expuesta o vinculado.

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

*Vinculo/Relación: 1. Representantes legales 2. Miembros de la Junta Directiva 3. Accionistas

Conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales

TIPO IDENTIFICACIÓN	No. de Identificación	RAZÓN SOCIAL / NOMBRES APELLIDOS	% PARTICIPACIÓN	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA	NIT

Información Financiera

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	ACTIVOS (Pesos)
PASIVOS (Pesos)	PATRIMONIO	OTROS INGRESOS MENSUALES

CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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 SI ☐ NO ☐ CUAL

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

INDIQUE OTRAS OPERACIONES

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Se debe adjuntar la siguiente documentación: 1. Estados Financieros comparados a último corte Contable. 2. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del Representante Legal. 3. Declaración de Renta del último período gravable disponible. 4. Copia del RUT. 5. Cámara de Comercio no Mayor a 30 días. La entidad Aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI ☐ NO ☐

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) COMPañía ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA S.A., Dirección CALLE 82 No. 11-37 Bogotá, Teléfono 644 4690 Bogotá, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s) y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

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 _____

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado, de manera expresa:

- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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.
- El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
- 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelante gestiones para efectos 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.
- 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.
- 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.

6. **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.

7. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del tratamiento de la información son **LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS**, 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, 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 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.

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, autorizamos el tratamiento de los datos de la persona jurídica, representante legal y accionistas relacionados en este formulario, así como la transferencia y transmisión nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento, en el aviso de privacidad publicado en www.confianza.com.co y conforme con el manual de protección de datos personales publicado en el mismo portal.

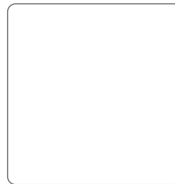
IV. **SISTEMA DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO:** Con la firma de este formulario, declaro adicionalmente de manera expresa en mi calidad de tomador, que conocí y recibí de manera anticipada el clausulado y me fueron explicados suficientemente los efectos y alcance de las condiciones generales, de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías de las pólizas que he contratado con la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza S.A. También me informaron que puedo consultar todos los condicionados de manera previa y permanentemente en la página web www.confianza.com.co y recibir explicaciones de los mismos con mi intermediario de seguros así como en cualquiera de las oficinas y sucursales de la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza S.A. en todo el país.

V. **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(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS** señalados en este documento.

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: _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre del Asesor: ☐ ☐

Resultado de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación:

Hora de Confirmación:

Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica:

Firma:

Observaciones: _____