

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL - SECTOR ASEGURADOR

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA -  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                   |                                    |                                  |                               |                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Fecha Diligenciamiento                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Ciudad                            |                                    | Sucursal                         |                               | Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Vinculación <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br>Asegurado <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> |  |                                   |                                    |                                  |                               |                                                                                             |  |
| INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).                                                                                                                                                         |  |                                   |                                    |                                  |                               |                                                                                             |  |
| Tomador - Asegurado                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Laboral | <input type="checkbox"/> Otra | Cual: _____                                                                                 |  |
| Tomador - Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Laboral | <input type="checkbox"/> Otra | Cual: _____                                                                                 |  |
| Asegurado - Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Laboral | <input type="checkbox"/> Otra | Cual: _____                                                                                 |  |

| 1. INFORMACIÓN BÁSICA                                                                                                                      |                                                             |                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                                                   |                        |                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|--|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                            |                                                             |                                                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO                                                 |                                                                                                                                   |                        | NOMBRES             |  |
| TIPO DE DOCUMENTO                                                                                                                          | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> | NIT <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>                                                             | T.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> | NÚMERO                                                                                                                            | FECHA DE EXPEDICIÓN    | LUGAR DE EXPEDICIÓN |  |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                        |                                                             | LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                    |                                                                  | NACIONALIDAD 1                                                                                                                    |                        | NACIONALIDAD 2      |  |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA                                                                                                                       |                                                             |                                                                                                                        |                                                                  | PAIS                                                                                                                              | CIUDAD                 | DEPARTAMENTO        |  |
| E-MAIL                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                        |                                                                  | TELÉFONO (CASA)                                                                                                                   |                        | CELULAR             |  |
| ACTIVIDAD PRINCIPAL                                                                                                                        |                                                             | CIU                                                                                                                    |                                                                  | OCUPACIÓN                                                                                                                         |                        | CARGO               |  |
| EMPRESA DONDE TRABAJA                                                                                                                      |                                                             | DIRECCIÓN OFICINA                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                   |                        | TELÉFONO (Oficina)  |  |
| ACTIVIDAD SECUNDARIA                                                                                                                       |                                                             | CIU                                                                                                                    |                                                                  | DIRECCIÓN                                                                                                                         |                        | TELÉFONO            |  |
| ¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)                                                           |                                                             |                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                                                   |                        |                     |  |
| INGRESOS MENSUALES (Pesos)                                                                                                                 |                                                             | ACTIVOS (Pesos)                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                                                   | PATRIMONIO (Pesos)     |                     |  |
| EGRESOS MENSUALES (Pesos)                                                                                                                  |                                                             | PASIVO (Pesos)                                                                                                         |                                                                  |                                                                                                                                   | OTROS INGRESOS (Pesos) |                     |  |
| CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES                                                                                                          |                                                             |                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                                                   |                        |                     |  |
| ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                |                                                             | ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                  | ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                        |                     |  |
| ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                             | INDIQUE TIPO VÍNCULO:                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                   |                        |                     |  |
| ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                                                             | INDIQUE PAÍS:                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                                   |                        |                     |  |

| 2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |
| Origen de Fondos : _____                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |

| 3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES                                                           |                                      |         |       |        |                                                                                              |        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL |                                      |         |       |        | INDIQUE OTRAS OPERACIONES                                                                    |        |  |
| ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    |                                      |         |       |        | ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |        |  |
| TIPO DE PRODUCTO                                                                                        | IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAIS                                                                                         | MONEDA |  |
|                                                                                                         |                                      |         |       |        |                                                                                              |        |  |
|                                                                                                         |                                      |         |       |        |                                                                                              |        |  |

| 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS                                                                                                          |      |          |       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------|-----------|
| ¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |          |       |           |
| AÑO                                                                                                                                                    | RAMO | COMPAÑÍA | VALOR | RESULTADO |
|                                                                                                                                                        |      |          |       |           |
|                                                                                                                                                        |      |          |       |           |

**DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:** Se debe adjuntar la siguiente documentación: 1. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda). 2. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas. 3. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%. 4. Declaración de Renta del último período gravable disponible. (Si declara). 5. En caso de ser Apoderado, adjuntar poder. La entidad Aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT

## 5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CONSIDERACIONES

1. 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.
2. 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.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable que se recolectan mediante este formulario se tratarán 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, entiéndase por LA ASEGURADORA, COMPañIA 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 las sociedad(es) antes mencionada(s).

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, suministro mis datos personales 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:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, 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 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 financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

2. **CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO:** Autorizo de manera permanente a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza S.A., para que con los fines de administración de riesgos, estadísticos y de información entre compañías, entre las entidades de control y supervisión y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de información o bases de datos que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información del presente formulario y aquella derivada del contrato que se celebre o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le hayan otorgado a la Aseguradora o se le otorguen en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo del presente contrato o convenio, el cual declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que se estime pertinente.

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

4. **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. 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) 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.

5. **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.

6. **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 que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

7. **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.

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

9. **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) FASECOLD 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, autorizo el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles, así como la transferencia y transmisión nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, en el aviso de privacidad publicado en [www.confianza.com.co](http://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](http://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.

## 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: \_\_\_\_\_