

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
SUCURSAL	DD	MM	AAAA

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA NATURAL
ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A.**



CLASE DE VINCULACIÓN	TOMADOR <input type="radio"/>	ASEGURADO <input type="radio"/>	BENEFICIARIO <input type="radio"/>	APODERADO <input type="radio"/>	AFIANZADO <input type="radio"/>
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO					
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL	
TOMADOR - ASEGURADO-AFIANZADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE		NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	
SEXO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		FECHA DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD 1:	
NACIONALIDAD 2:		OCUPACIÓN / PROFESIÓN:			
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/>		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CIUDAD DE RESIDENCIA
TELÉFONO		CELULAR		EMAIL	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> AMA DE CASA <input type="radio"/> RENTISTA <input type="radio"/> PENSIONADO <input type="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="radio"/>				SI ES INDEPENDIENTE, ESPECIFIQUE:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA				CARGO	
CIUDAD		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX					

Nota: Diligenciar la información financiera en pesos

INGRESOS MENSUALES	\$	ACTIVOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	PASIVOS	\$
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES SI NO ESPECIFIQUE EL PAÍS:

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de PEP en el pie de página*) SI NO Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de vinculado en el pie de página**) SI NO

Si su respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es afirmativa, por favor diligencie el Anexo 1

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN TIPO TRANSACCIONES:						
MONEDA EXTRANJERA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> IMPORTACIONES <input type="radio"/> EXPORTACIONES <input type="radio"/> INVERSIONES <input type="radio"/> TRANSFERENCIAS <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> CUAL?:						
TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						
Especifique los productos financieros en el siguiente cuadro:						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS						
Declaro expresamente que:						
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):						
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.						
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.						
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.						

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS						
RELACION A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS						
AÑO	RAMO	COMPañIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. TRATAMIENTO DE DATOS – DECLARACIONES Y FINALIDADES

Para efectos de las siguientes declaraciones se considera Responsable del Tratamiento de Datos ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A, NIT 900.846.964-0 domiciliada en la Calle 116 # 7-15 Interior 2 Oficina 1401 de Bogotá, Tel 5188482, en adelante, LA ASEGURADORA.

1. Declaraciones previas

Declaro que he sido informado de lo siguiente: 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, los principios y 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 el capítulo IV, Título IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, que regula el conocimiento del cliente, exige la recolección de datos personales y datos biométricos por parte de LA ASEGURADORA. 5. Que LA ASEGURADORA cuenta con Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en sus página web www.zurichseguros.com.co o en su defecto puedo solicitarlas directamente a través de cualquiera de sus medios de contacto; 6. Que como titular de los datos me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a mis datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que han sido objeto de Tratamiento. 7. Que tratándose del suministro de información de datos personales sobre niños, niñas y adolescentes que yo efectúe, la misma será tratada y usada adecuadamente, respetando su interés superior y sus derechos fundamentales; 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 9. Que, por razones de eficiencia y almacenamiento de datos, LA ASEGURADORA puede requerir transmitir o transferir los datos personales a los países donde se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA. 10. Que por cuestiones administrativas, de control, legales o de índole comercial, LA ASEGURADORA puede requerir la divulgación o la transferencia de datos personales a sus filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz. 11. Que para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA y en los que intervengan el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro puede requerir transmitir o transferir los datos personales a ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros 12. Que por iniciativas gremiales, FASECOLDA, INIF e INVERFAS S.A administran bases de datos para el sector asegurador para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales, y demás actividades que suman al ejercicio de la actividad aseguradora.

* **PEP - Persona Expuesta Públicamente:** 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos 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; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

** **Vinculado:** las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Persona Expuesta Públicamente.

2. Finalidad Del Tratamiento De Datos Personales:

Declaro así mismo que he sido informado que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, directamente o a través de Encargados con los que haya contratado, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como Tomador, Asegurado y/o Beneficiario del contrato de seguro o el trámite de vinculación como deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación, colocación, renovación y ejecución de contratos de seguro con LA ASEGURADORA y/o los coaseguradores y/o reaseguradores necesarios de acuerdo con las políticas de suscripción y/o expedición de LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección y/o asunción 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) En general, la gestión integral y pago del (los) contrato(s) de seguro(s) contratado(s), incluyendo la gestión que eventualmente sea requerida por parte de Coaseguradores y/o Reaseguradores y/o ajustadores. 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 otras comunicaciones inherentes a la actividad aseguradora y en relación con mi vínculo comercial con LA ASEGURADORA. x) Intercambio de información tributaria en virtud de disposiciones legales o tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) 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 xiii) Mantenimiento de la relación comercial en desarrollo de actividades publicitarias o de conocimiento, oferta de productos o servicios nuevos o actuales, gestión de cobro, recordatorios de pago, vencimientos y renovaciones a través de correspondencia, correos electrónicos, mensajes de texto (SMS), contacto telefónico y otros, de manera directa o a través de terceros autorizados por LA ASEGURADORA.

6. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 100%
2. Los demás documentos que por políticas de suscripción sean solicitados por la Aseguradora y/o el Intermediario de seguros.
3. Relación de bienes objeto del seguro

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales para que me sean enviadas ofertas comerciales de LA ASEGURADORA o en conjunto con sus aliados comerciales
SI NO

Autorizo expresa e inequívocamente a transferir mis datos a Fasecolda, INIF e Inverfas S.A, como entidades gremiales del sector asegurador, para que dichas compañías traten mis datos personales en los términos y para las finalidades descritos en el numeral 12 de las Declaraciones Previas de este formulario. SI NO

8. FIRMA Y HUELLA

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y declaraciones de manera expresa:

1. AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles que hayan sido suministrados voluntariamente, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento, así como la transferencia de dichos datos a los coaseguradores y reaseguradores de mis pólizas de seguros y a los países en donde, por razones de eficiencia y almacenamiento, se encuentren alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LA ASEGURADORA.
2. AUTORIZO que mis datos personales sean transferidos o divulgados a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, vinculadas o matriz de LA ASEGURADORA para las finalidades que me han sido informadas.
3. AUTORIZO a consultar y reportar información relativa a mi comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Bajo la gravedad de juramento declaro haber leído, entendido y aceptado lo señalado en el presente documento, así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. Firmo como constancia

Firma Cliente o Representante Legal

C.C.

HUELLA

Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la Aseguradora y/o Intermediario**9. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>	
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.	
OBSERVACIONES:		

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.
FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES
C.C. No.
OBSERVACIONES:

ANEXO 1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

Si usted es Persona Públicamente Expuesta por favor suministre la siguiente información:

Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Si usted goza de reconocimiento público, por favor especifique el motivo de reconocimiento:

Si usted está vinculado a una persona que goza de reconocimiento público, por favor especifique la siguiente información:

Nombre	Tipo de ID	Número de ID
--------	------------	--------------

Especifique motivo de reconocimiento

Si usted está vinculado con una **Persona Expuesta Políticamente** de acuerdo con la definición del Decreto 1674 de 2016 (ver pie de página) por favor diligencie la siguiente información:

Entidad	Cargo	Vinculo	Nombre	Tipo de ID	Número de ID	Fecha de Ingreso			Fecha Desvinculación		
						Día	Mes	Año	Día	Mes	Año