

# FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

NIT. 860.524.654-6

## DATOS SOLICITANTE PERSONA JURIDICA (TOMADOR – ASEGURADO – BENEFICIARIO)

RAZÓN SOCIAL		NIT		CORREO ELECTRÓNICO		
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
	DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		

TIPO DE EMPRESA		TIPO DE SOCIEDAD				
PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>	ANÓNIMA <input type="checkbox"/>	SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/>	SAS <input type="checkbox"/>
			LIMITADA <input type="checkbox"/>	SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/>	SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>	

ACTIVIDAD ECONÓMICA						CÓDIGO CIU (*)	
INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>		SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/>
DETALLE: _____							

DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
-------------------------------------	--------------	------------------	--------------

DIRECCIÓN SUCURSAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
--------------------	--------------	------------------	--------------

PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
---------------------	------------------	---------------

### IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

No.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD / NIT	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)	% PARTICIPACIÓN	ES CONSIDERADO PPE
1.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURIDICA

INGRESO MENSUAL \$	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$		
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			

### ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

### INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLA.	INDEM.

### DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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 éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_
- Origen de ingresos: \_\_\_\_\_

**Nota: Persona Públicamente Expuesta (PPE):** I) las personas expuestas políticamente, II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta conforme a la regulación vigente, 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.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURÍDICA FM-CCL12 24/05/2017 v.3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

### CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3. El alcance de los servicios de intermediación.
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

### AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

### CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) 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.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:**

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA**. SI  NO

b) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI  NO

Manifiesto 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 certifica 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 ASEGURADORA señalados en este documento. SI  NO

### 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 a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
C.C.



\_\_\_\_\_  
OBSERVACION HUELLA

### INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

\_\_\_\_\_  
CARGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
CARGO