

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"/>
<b>INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO</b>					
	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)

<b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE		NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:	
SEXO 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

<b>2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>					
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

<b>3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS</b>					
<b>Declaro expresamente que:</b>					
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.					

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

<b>5. TRATAMIENTO DE DATOS – DECLARACIONES Y FINALIDADES</b>					
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.					
<b>1. Declaraciones previas</b>					
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.					

**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 contralados 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				10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
LUGAR DE LA ENTREVISTA:	FECHA ENTREVISTA: DD MM AAAA	HORA:	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO.				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Contacto directo con el cliente)	RESULTADO ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/>		FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES				
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA	C.C. No.		C.C. No.				
OBSERVACIONES:			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:

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