

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA

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

Fecha Diligenciamiento	DD/MM/AAAA	Tipo Solicitud					
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="radio"/>	Asegurado <input type="radio"/>	Beneficiario <input type="radio"/>	Afianzado <input type="radio"/>	Proveedor <input type="radio"/>	Intermediario <input type="radio"/>	Otro <input type="text"/>
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/>	Familiar <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/>	Laboral <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Cual:	<input type="text"/>

1. INFORMACIÓN BÁSICA							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						NIT	DV
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	DD/MM/AAAA	LUGAR DE EXPEDICIÓN			
OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN		CIUDAD		DEPARTAMENTO			
E-MAIL		OFICINA PRINCIPAL		TELÉFONO / FAX			
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD		DEPARTAMENTO			
SUCURSAL O AGENCIA:		TELÉFONO / FAX					
TIPO DE EMPRESA	CUAL	ACTIVIDAD ECONÓMICA		CIU			

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	Por su cargo o actividad , maneja recursos públicos?	Por su cargo o actividad , ejerce algún grado de poder público?	Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?. Indique cual

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

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que: <ol style="list-style-type: none"> 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. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente Origen: <input style="width: 70%;" type="text"/>	

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

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Se debe adjuntar la siguiente documentación:
 1 Estados Financieros o Declaración de Renta del último período gravable disponible, 2 Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal, 3 Copia del RUT, Cámara de Comercio no Mayor a 30 días

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS				
AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) _____, Dirección _____, Teléfono _____, 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, 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:

1. **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) 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. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. **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) 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.

4. **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.

5. **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 y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Con el propósito de proteger sus Datos Personales, AIG Seguros ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos principalmente para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales, promocionales y de mercadeo de AIG, asuntos relacionados con el contrato de seguro, otros productos y servicios ofrecidos por nuestros socios o aliados estratégicos y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por AIG Seguros. Así, por este medio Usted autoriza a AIG Seguros y a las demás sociedades del grupo y/o terceros vinculados o relacionados con AIG, para que utilice(n) los datos personales que nos ha suministrado con los fines antes descritos, aún cuando dichos datos sean sensibles. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información que nos ha suministrado y podrá revocar la autorización que aquí consta en cualquier momento. Acepto la Política de Privacidad de Datos de AIG Seguros, que se encuentra disponible en la página web www.aig.com.co, puedo solicitar una copia en la Línea Nacional Gratuita 01 8000 522 244 o en Bogotá al 317 2193, o en sus oficinas; la cual reconozco que es de mi interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a AIG información de otra persona, Usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de AIG.

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; QUE EL NO DILIGENCIAMIENTO DE ALGUNO DE LOS CAMPOS SIGNIFICA QUE NO TENGO LA INFORMACIÓN DISPONIBLE O QUE LA MISMA NO SE HA MODIFICADO FRENTE A LA INFORMACIÓN ENTREGADA A LA COMPAÑÍA ANTERIORMENTE, Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día / Mes / Año DD/MM/AAAA

Hora de la Entrevista: hh:mm

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista:

APROBADO

RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día / Mes / Año DD/MM/AAAA

Hora de Confirmación: hh:mm

Nombre de Quien Verifica _____

Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____