

Formato Único de Conocimiento del Cliente



Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.

Ciudad:

Fecha: DÍA MES AÑO

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Persona Natural

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Documento de Identidad			Fecha de expedición <input type="text"/>		Lugar de expedición <input type="text"/>
Personas Nacionales Cédula <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No <input type="text"/>			Personas Extranjeras C. Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Direcc. Protocolo del Min. Rel. Ext. <input type="checkbox"/> No <input type="text"/> Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.		
NACIONALES TURISTAS DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identificación valido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia:					
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Dirección de Residencia		Ciudad		Teléfono	
E-mail		Celular		Oficio o profesión	
Actividad: Independiente <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>			
Empresa donde trabaja		Cargo		Teléfono	
Fax		Dirección comercial		Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:				NOTA: Si alguna de las respuestas es afirmativa el cliente, se encuentra en categoría PEP por lo cual este formulario debe contener el Vo.Bo. del Gerente según corresponda en el espacio destinado para ello *	
Actividad económica				Código CIU	
Ingresos Mensuales (Pesos)		Egresos mensuales(Pesos)			
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)			
Patrimonio (Pesos)		Otros Ingresos (Pesos)			
Concepto otros ingresos					

Persona Jurídica

Nombre o razón social			Nit.		
Oficina principal: Dirección		Ciudad		Teléfono	
Fax		Sucursal o agencia: Dirección		Ciudad	
Teléfono		Fax		Tipo de empresa	
Sector de la economía		Cuál			
Actividad económica				Código CIU	

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		N°		Fecha de expedición	
Lugar de expedición		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Nacionalidad					

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de Identificación	Número	% de participación
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		
Descripción de la Actividad económica			Código CIU
Especifique			

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales(Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál	Indique otras operaciones		
Productos financieros en el exterior ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

Información sobre reclamaciones en seguros

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años

Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado
-----	------	----------	-------	-------------------

Observaciones por parte del cliente (En caso de que el Potencial Cliente no cuente con la información solicitada en este formato, DEBE consignar dicha circunstancia aquí)

--

Declaración y Autorización

Persona Natural:¹

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con Aseguradora Colseguros S.A., Aseguradora de Vida Colseguros S.A., Compañía Colombiana de Inversión Colseguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades antes mencionadas (en adelante las "Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me obligo a reportar, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestas las Compañías.

Persona jurídica:²

Obrando en representación legal de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de propiedad de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación oficio, actividad, negocio, etc.) _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con Aseguradora Colseguros S.A., Aseguradora de Vida Colseguros S.A., Compañía Colombiana de Inversión Colseguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades antes mencionadas (en adelante las "Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que los recursos de propiedad de la persona jurídica que represento no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que la persona jurídica que represento se obliga para con las Compañías a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me obligo a reportar, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestos las Compañías.

1. TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo de manera permanente e irrevocable a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información de carácter financiera, crediticia o comercial a los operadores de bancos de datos que estimen conveniente, a la Federación de Aseguradores de Colombia-FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda- INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento mismo en que comience la relación comercial.

2. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera expresa a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual para que con fines estadísticos y comerciales procesen, conserven, verifiquen, consulten, reporten, suministren, actualicen o permitan la utilización de cualquier dato personal a: (i) cualquier sociedad controlada directa o indirectamente por la misma sociedad matriz de las Compañías, domiciliada en Colombia y/o en el exterior; (ii) cualquier persona que represente los derechos de las Compañías; (iii) a los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro y (iv) los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con las Compañías, tales como: ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros.

Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado.

3. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que conozco las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, en especial, las siguientes: (i) el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor o contraparte contractual; (ii) el proceso de negociación de contratos con las Compañías; (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, en tratándose de contratos de seguro; (vi) en general, 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 y análisis de tendencias del mercado y (x) realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por las Compañías.

4. ENVÍO DE MENSAJES DE TEXTO: Autorizo de manera permanente e irrevocable, el envío de mensajes de texto a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicio o cualquier otra índole que se considere necesaria y/o apropiada. Las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, podrán ofrecer productos o servicios basados en sistemas de mensajería a correos electrónicos y/o terminales móviles.

5. INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre las características de los productos o servicios, mis derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos y las medidas para el manejo seguro del producto o servicio que solicito.

6. ENTREGA DE CLAUSULADO: Declaro que he recibido, de manera anticipada a la celebración del contrato de seguro, el respectivo clausulado así como las explicaciones sobre el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.

7. DERECHOS: Declaro que conozco los derechos que me asisten como titular de la información, en especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí en la base de datos.

8. JURAMENTO: Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

¹Esta declaración solamente deberá ser diligenciada en el evento de que la persona natural que la suscribe actúe en nombre propio.

²Esta declaración solamente deberá ser diligenciada en el evento de que la persona natural que la suscribe actúe en su condición de apoderado o representante legal de una persona jurídica.

Firma del Responsable de la Vinculación (Intermediario o funcionario si el negocio es directo):
Nombre/Razón Social: Clave No./Cargo del Funcionario:

Firma del cliente:
Nombre: C.C. No.

Huella Índice Derecho del Cliente

CONSTANCIA DE LA ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	*Vo.Bo. por parte del Gerente, según corresponda (cuando se trate de un PEP)
Lugar (Especifique): _____ Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____ Resultado: APROBADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ Observaciones _____ Nombre de la persona que la realiza y cargo: _____ Firma: _____	Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____