



Localidad

Conocimiento del Cliente - Formulario de Vinculación
PERSONA NATURAL

Fecha de diligenciamiento

D	M	A
---	---	---

Información General

Tomador Asegurado Apoderado Suscriptor Beneficiario Afianzado

Tipo de documento		No. de documento		Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento		
C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	P.P. <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	_____	D	M	A	_____
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido			Segundo apellido		
_____		_____		_____			_____		
Nacionalidad		Estado civil		Sexo		Hobby		No. de hijos	
_____		_____		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		_____		_____	
Dirección de residencia							Ciudad de residencia		
_____							_____		
Teléfono residencia		No. celular		Fax		Correo electrónico			
_____		_____		_____		_____			

Actividad Económica

Profesión		Persona dependiente - Ocupación actual		
_____		Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>		
Empresa donde trabaja		Cargo que desempeña		
_____		_____		
Dirección del trabajo		Ciudad	Teléfono	Fax oficina
_____		_____	_____	_____
Persona independiente - Descripción actividad económica principal			Código CIU - actividad económica persona independiente	
_____			_____	
¿Servidor público?		¿Maneja recursos públicos?		¿Persona públicamente reconocida?
Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Tiene vínculos familiares o es socio de una persona públicamente reconocida?				
Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor suministre la siguiente información de su familiar o socio:				
Nombres y apellidos completos		No. de identificación	Parentesco	Cargo o actividad
_____		_____	_____	_____

Información Financiera

Total activos (cifras en pesos)		Total pasivos (cifras en pesos)		Total patrimonio (cifra en pesos)		
_____		_____		_____		
Total ingresos mensuales (cifra en pesos)			Total egresos mensuales (cifra en pesos)			
_____			_____			
¿Recibe otros ingresos, ingresos adicionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal?						
Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:						

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Tipo de moneda:		
_____		_____		Euro <input type="radio"/> Dólar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
¿Realiza operaciones internacionales?		Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, indique a continuación qué tipo de operación realiza:				
_____		Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Compra y/o venta divisas <input type="radio"/> Préstamos <input type="radio"/> Transacciones o Giros <input type="radio"/> Pagos de Servicios <input type="radio"/>				
¿Posee productos financieros en el exterior?						
Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:						
Tipo de Producto	Identificación o No. del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Reclamaciones

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? Sí NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	RECLAMACIÓN
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(únicamente para vinculaciones de seguros) Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona Sí NO

Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente

Familiar Comercial Laboral Otra ¿cuál? _____

Declaraciones y Autorizaciones del Cliente

CONSIDERACIONES GENERALES:

- A) 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.
- B) Que conforme con lo previsto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha norma, 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.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

Yo, _____, identificado con _____ No. _____ de _____, ante Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que la información que suministré es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizo a las mencionadas Compañías para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de _____. 3. Que autorizo a LAS COMPAÑÍAS, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los Usuarios de la Información (definidos en la Ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con éstas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido. La permanencia de la información relacionada con el incumplimiento de mis obligaciones en las centrales de información financiera y crediticia dependerá del tiempo que haya durado mi incumplimiento y del momento en el cual se efectúe el pago, de conformidad con lo establecido en el Art. 13 de la Ley 1266 de 2008. He sido informado que en el evento en que llegue a estar interesado en adquirir un producto o servicio de las entidades vinculadas al Grupo al cual pertenecen LAS COMPAÑÍAS, autorizaré en el momento en que se haga la vinculación a la respectiva entidad, para que ésta efectúe el reporte de mi comportamiento a las centrales de información financiera y crediticia. 4. Que autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información contenida en este Formulario que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. No obstante la anterior autorización, me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 6. Que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Para efectos de la presente autorización, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. y, ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) ubicadas las tres primeras en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C. y la cuarta en la Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9, serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de capitalización y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado, de manera expresa lo siguiente: **1.1 USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Empresarial Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". Declaro que, con base en dicho conocimiento, autorizo para que LAS COMPAÑÍAS compartan con dichas empresas y entidades la información personal de contacto y la que sea relevante para las finalidades aquí previstas, que he suministrado. Si usted no es cliente actual de alguna de las Compañías del Grupo Bolívar y no quiere ser contactado por estas, por favor indíquelo en este espacio: _____ **1.2 FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE**

DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados para las siguientes finalidades: **1.2.1)** Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados. **1.2.2)** Ofrecer servicios y productos que las empresas del Grupo Bolívar y las Fundaciones que han adherido a sus principios, prestan y/o suministran y que conforme a su objeto social, pueden complementar el portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial. **1.2.3)** Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. **1.2.4)** Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, la medición del nivel de satisfacción respecto de los productos y servicios. **1.2.5)** Enviar material publicitario, o promocional sobre los servicios y productos de las Compañías del Grupo y las actividades desarrolladas por las Fundaciones. **1.3 DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas excepto la prevista en el Num. 1.2.1 ya que la facultad de revocación no aplica respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Que en virtud de lo dispuesto en el Art. 20 del Decreto 1377 de 2013, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado. Para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a disposición del Titular los siguientes canales de comunicación: Para correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C. Para contacto telefónico: La línea telefónica #322 para llamadas desde celular, la línea 018000 123 322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 312 2122 para llamadas desde Bogotá D.C. Para correo electrónico: **contacto@segurosbolivar.com**. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. en particular la dirección es la siguiente Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y su correo servicioalcliente@asistenciabolivar.com **1.4 RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los Responsables del Tratamiento de la información son LAS COMPAÑÍAS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. Los Encargados del Tratamiento de la información serán los terceros que realicen el tratamiento por cuenta del Responsable. **2. AUTORIZACIÓN:** Manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados para las finalidades y en los términos aquí indicados. **3. AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE SMS Y MMS:** Manifiesto de manera expresa, que AUTORIZO que sea contactados entre otros medios, a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS). **4. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE REFERENCIAS:** Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar la información por mí suministrada, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de _____ con documento de identidad No. _____

Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio: _____

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento el día _____ de _____ del año 20 _____.

FIRMA CLIENTE: _____

NOMBRE: _____

No. IDENTIFICACIÓN: _____ DE _____



Huella índice derecho

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista

Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula

Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina

Concepto general del cliente:

Verificación de la Información

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SÍ NO

Observaciones:

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula

Cargo	Localidad

Firma del responsable de la entrevista