

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PROCEDIMIENTO ORDINARIO PERSONA NATURAL – CE027/20

| | | | | | | | |
|--|----------------------|--|---|---|--|---|----------------|
| 1. Fecha de diligenciamiento | | Día | Mes | Año | 2. Clase de Vinculación Tomador <input type="radio"/> Asegurador <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Intermediario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | | |
| DATOS BÁSICOS DEL TOMADOR | | | | | | | |
| 3. Nombre completo | | | | 4. Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | | |
| 5. Número de identificación | | | 6. Fecha de expedición | | Día | Mes | Año |
| 7. Fecha de nacimiento | | Día | Mes | Año | 8. Nacionalidad 1 | | |
| 9. Nacionalidad 2 | | 10. ¿Tiene usted obligaciones fiscales en otro país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | 11. ¿Cuál(es)? | | |
| 12. Producto o seguro a adquirir | | | | 13. Dirección de residencia | | | |
| 14. Ciudad de residencia | | | 15. Departamento de residencia | | | 16. Teléfono | |
| 17. Celular | | 18. Correo electrónico | | | | | |
| INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTAMENTE POLÍTICAMENTE (PEP) DEL TOMADOR | | | | | | | |
| <small>Persona Expuesta Políticamente - PEP: Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen.</small> | | | | | | | |
| 19. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 20. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | 21. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) de organizaciones internacionales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| 22. ¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 23. ¿Es usted un asociado cercano de una PEP? (Cuando la PEP sea socia o asociada de una persona jurídica y, además, sea propietaria directa o indirecta con una participación superior al 5% de la persona jurídica, o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del Artículo 261 del Código de Comercio). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 24. ¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta políticamente (PEP), diligencie los siguientes campos: | | | | 25. Nombre (PEP) | | 26. Cargo | |
| INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL TOMADOR | | | | | | | |
| 27. Ocupación (empleado) | | | 28. Empresa donde labora | | | 29. Cargo | |
| 30. Actividad económica (indep.) | | | | | 31. CIU | | |
| 32. Producto o servicio que comercializa | | | 33. Activo | | 34. Pasivo | | 35. Patrimonio |
| 36. Ingresos | | 37. Egresos | | 38. Procedencia de los fondos para la adquisición del seguro | | | |
| 39. Otros ingresos | | | 40. Concepto de otros ingresos | | | | |
| INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS | | | | | | | |
| <small>Aplica para los asegurados, beneficiarios y afianzados diferentes al tomador.</small> | | | | | | | |
| 41. ¿Para la venta de este seguro hay asegurados, beneficiarios o afianzados diferentes al tomador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | 42. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas naturales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| 43. Información de los asegurados, beneficiarios o afianzados persona natural (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del documento de identificación para cada beneficiario. | | | | | | | |
| | Nombres y apellidos | Tipo de documento | Número | Fecha de expedición | ¿El asegurado, beneficiario o afianzado es una persona políticamente expuesta (PEP)? | ¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión? | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 1 | | | | Día Mes Año | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 2 | | | | Día Mes Año | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 3 | | | | Día Mes Año | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 4 | | | | Día Mes Año | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 44. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas jurídicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 45. Información de los asegurados beneficiarios afianzados Persona Jurídica (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del Certificado de Existencia de Representación Legal. No aplica para Inscritos en RNVE. | | | | | | | |
| | Nombre de la empresa | NIT | Nombre y apellido (Representante Legal) | Tipo ID | No. ID | ¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión? | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 1 | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 2 | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 3 | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Asegurado, beneficiario o afianzado 3 | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES | | | | | | | |
| <small>Declaración de veracidad de la información, origen y destino de recursos, y actualización de información.</small> | | | | | | | |
| Yo, _____, identificado con No. _____ de _____, (o como aparezco identificado al pie de mi firma) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que tanto mi actividad económica como mi profesión son lícitas, que las ejerzo dentro de los marcos legales y que los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de: _____ 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Que 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. 5. En mi calidad de solicitante del seguro aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la aseguradora y / o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros. | | | | | | | |

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, 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. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., o AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE, DE MANERA PREVIA, EXPRESA E INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros; iv) Realizar consulta de información relacionada con los aportes a la seguridad social v) Realizar transmisión y/o transferencia nacional e internacional en caso de ser necesario, con el fin de poder prestar los servicios de carácter técnico, operativo, humano y tecnológico requeridos y/o solventar las solicitudes del cliente así como las expuestas en la Política de Tratamiento de Datos de LAS COMPAÑÍAS. Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13 hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario 1704 del 2015, 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, y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>. Y los establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de LAS COMPAÑÍAS, la cual se encuentra publicada en www.axacolpatria.co

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

47. Nombre del Intermediario de Seguros que hace el Procedimiento de Conocimiento del Cliente:

48. Nombre de quien verifica:

49. Cargo:

50. Número de cédula:

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar a) Fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% b) En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

FIRMA

USTED PUEDE FIRMAR DIRECTAMENTE ESTE DOCUMENTO O PUEDE UTILIZAR LA OPCIÓN DE REEMPLAZO DE FIRMA

Si desea optar por el Reemplazo de Firma, entonces:

"TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, es permitido sustituir su firma y huella en este formulario, siempre y cuando se tomen las medidas efectivas para garantizar el conocimiento de su identidad, para tal efecto, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitirlo tanto a HYPERLINK "mailto:conocimiento.cliente@axacolpatria.co" **conocimiento.cliente@axacolpatria.co** como al email de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario."

Si desea firmar este documento, entonces:

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Firme aquí