

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

SI NO

| AÑO | RAMO | COMPañÍA | VALOR | RESULTADO |
|-----|------|----------|-------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1 Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda). 2 Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas. 3 Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%. 4 Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara). 5 en caso de ser Apoderado, adjuntar Poder. La entidad aseguradora podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

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, las 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 se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) del siguiente listado y con las que efectivamente se suscriban contratos de seguros:

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|--|--|-------------|
| ACE seguros S.A. | Calle 72 No. 10-51 | (1)3190300 |
| AIG Seguros Colombia S.A. | Calle 78 No. 9-57 | (1)3138700 |
| Allianz Seguros de Vida S.A.; Allianz Seguros S.A. | Carrera 13 A No. 29-24 | (1)5600600 |
| Aseguradora Solidaria de Colombia LTDA. Entidad Cooperativa | Calle 100 No. 9A-45 | (1)6464330 |
| BBVA Seguros Colombia; BBVA Seguros de Vida Colombia | Carrera 15 No. 95 65 Piso 6 | (1)2191100 |
| Cardif Colombia Seguros Generales S.A. | Calle 113 No. 7-80 | (1)7444040 |
| Cardinal Compañía de Seguros S.A. | Calle 98 No. 21-50 | (1)7039052 |
| Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A. | Av. Calle 26 No. 59-51 | (1)3266210 |
| Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. | Calle 82 No. 11-37 | (1)6444690 |
| Compañía de Seguros Bolívar S.A.; Seguros Comerciales Bolívar S.A. | Av. Dorado No. 68B-31 | (1)3410077 |
| Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A. | Carrera 7 No. 74-21 P 1 Y 3 | (1)7425119 |
| Cóndor S.A. Compañía de Seguros Generales. | Carrera 7 No. 74-21 | (1)3454980 |
| Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. | Av. Calle No. 69C-03 | (1)3241111 |
| Compañía Mundial de Seguros S.A. | Calle 33 No. 6B-24 | (1)2855600 |
| Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A.; Generali Colombia-Seguros Generales S.A. | Carrera 7 No. 72-13 | (1)3468888 |
| Global Seguros de Vida S.A. | Carrera 9 No. 74-62 | (1)3139200 |
| La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo; La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo. | Carrera 9A No. 99-07 | (1)5922929 |
| La Previsora S.A. Compañía de Seguros | Calle 57No. 9-07 | (1)3485757 |
| Liberty Seguros de Vida S.A.; Liberty Seguros S.A. | Calle 72 No. 10-07 | (1)3103300 |
| Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.; Mapfre Seguros de Crédito S.A.; Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. | Carrera 14 No. 96-34 | (1)6503300 |
| Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. | Carrera 7 No. 99-53 | (1)6388240 |
| Pan American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A. | Carrera 7 No. 75-09 | (1)3267400 |
| Positiva Compañía de Seguros S.A. | Av. Carrera 45 No.94-72 | (1)6502200 |
| OBE Seguros S.A. | Carrera 7 No. 76-35 | (1)3190730 |
| Royal & Sun Alliance Seguros (Colombia) S.A. | Avenida 19 No. 104-37 | (1)4881000 |
| Segurexpo de Colombia S.A. | Calle 72 No. 6-44 | (1)3266969 |
| Seguros Alfa S.A.; Seguros de Vida Alfa S.A. | Av Calle 24A No. 59-42 | (1)3446770 |
| Seguros de Riesgos Laborales Suramericana S.A.; Seguros de Vida Suramericana S.A.; Seguros Generales Suramericana S.A. | Carrera 64 B No. 49A-30 Medellín - Colombia | (4)2602100 |
| Seguros del Estado S.A. ; Seguros de Vida del Estado S.A. | Carrera 11 No. 90-20 | (1)6019330 |
| Old Mutual Skandia Seguros de Vida S.A. | Av. 19 No. 109A- 30 | (1)6584300 |
| AXA Colpatria Seguros S.A.; AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.; AXA Colpatria Capitalizadora S.A. | Carrera 7 No. 24-89 | (1)3364677 |
| Nacional de Seguros S.A. | Carrera 14 No. 89-48 Of 401 | (1)7463219 |
| Coface Colombia Seguros de Crédito S.A. | Carrera 15 No. 91-30 Of. 601 | (1) 6231631 |
| Berkley International Seguros Colombia S.A. | Carrera 7 No. 71-21 TA P5 | (1)3572727 |

y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la(s) sociedad(es) referenciadas y con la(s) que se suscriban contrato(s) de seguros.

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la (s) sociedad (es)

Dirección _____, Teléfono _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s)

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministro mis datos personales 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:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi 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) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) 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.

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 Y REASEGUROS**. 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 SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. **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 he sido obligado a responderlas.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. **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, **AUTORIZO** el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

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 Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

_____ FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella Dactilar

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

Nombre del Intermediario _____

Nombre del Asesor _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO RECHAZADO

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____