FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE AUTOMÓVILES IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN, CONTROL Y MONITOREO DE RIESGOS



No. FORMULARIO SARLAFT		_	FECHA	Día	Mes Año	_		SEGUROS	
CIUDAD	SUCURSAL						Prórroga		
PLAN DE COBERTURAS CONFORME A LA COTIZACIÓN ENTRE	CSM GADA:		CONDICIONES ESPECIA		Actualización SÍ		C NC)	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador y el Asegura Familiar Tomador - Asegurado	do: (Individualización del prod Comercia		El mismo	Otra (Cual)				
Si el Asegurado y/o Beneficiario son diferentes al Tomador, el	Asegurado y/o Beneficiario de	eben diligenciar inc	lividualmente el formato	de conocimiento	del cliente (FO-SAR	LAFT-001)			
TIPO DE PÓLIZA Individual	Liviar SEGMENTO Pesac	SE	Particular RVICIO Público	USC	Familiar Comercial	Transporte Transporte	de pasajeros de Carga	Otro L	
1. DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO	·	·		·					
La descripción del vehículo y sus accesorios, corresponde a la v Tarjeta de Propiedad	información relacionada en:		Informe de Inspección			Caratu	la póliza vigencia	a anterior.	
2. INFORMACIÓN IMPORTANTE									
1. ¿Cómo desea recibir el clausulado general de la póliza?	Impres		·/ Correo Ele		Γ	Descargar F	ágina WEB		
En el evento que el potencial cliente no cuente con la informació	n solicitada en este formulario,	deberá consignar d	icha circunstancia en el es	pacio correspond	iente. (numeral 9 de	este formato)			
PREGUNTAS IMPORTANTES									
¿Transporta mercancías azarosas, inflamables y/o explosiva ¿Moviliza carga fuera del país? ¿Es repotenciado? ¿Es transformado?	SI NO SI NO SI NO	¿Cuales? ¿ à A cuál? ¿ En qué con ¿ En qué con							
3. DATOS PERSONALES: Seleccione en la siguiente casil	la el tipo de persona:								
TOMADOR PERSONA I					TOMADOR PERSON	NA JURIDICA	Г		
SI ES PERSONA NATURAL, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIEN	E INFORMACIÓN:								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APEL	LIDO			NOMBRES				
ASALARIADO INDEPENDIENTE EST	UDIANTE RENTISTA	SOCIO	PENSIONADO	AMA DI	E CASA CIIU:				
T.I C.E OTRO	NÚMERO LI	JGAR Y FECHA DE EX	PEDICIÓN		LUGAR Y	FECHA DE NACIN	IIENTO		
NACIONALIDAD	OCUPACIÓ	N / OFICIO			PROFES	IÓN			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCIÓN	DIRECCIÓN				CIUDAD			
TELÉFONO	PÁGINA WI	PÁGINA WEB				CARGO			
DIRECCIÓN RESIDENCIA				TELÉFO	TELÉFONO FIJO				
CORREO ELECTRONICO	<u> </u>		CELULAR			FAX			
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBL ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚ ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERAD ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O	BLICO GENERAL? A PÚBLICAMENTE EXPUESTA? GRUPO DE PAÍSES ?		SI SI SI SI	NO NO NO NO NO	INDIQUI				
SI ES PERSONA JURIDICA, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIEN RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	TE INFORMACION:					NIT.			
REPRESENTANTE LEGA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO)	NOMBRES						
- NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE								
C C C E DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		CIUDAD			TELÉFONO		EMAIL:		
		STODAD			TELLIONO		EFIMIE.		
TIPO DE EMPRESA ACTIVIDAD ECONO	MICA								

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN): Esta usted obligado a Por su cargo o actividad, ejerce Por su actividad u oficio, goza declaración tributaria en otro TIPO ID NÚMERO NOMBRE % Participacion algún grado de poder público o sted de reconocimiento público país o grupo de países? Indique maneja recursos públicos? INGRESOS ANUALES ACTIVOS EGRESOS ANUALES PASIVOS OTROS INGRESOS (ANUALES) CONCEPTO OTROS INGRESOS 5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES TOMADOR SI NO L REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? INDIQUE OTRAS OPERACIONES ¿POSEÉ CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? ¿POSEÉ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? NO NO IDENTIFICACIÓN O PAÍS TIPO DE PRODUCTO ENTIDAD MONTO CIUDAD MONEDA NÚMERO DE PRODUCTO DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PERSONA NATURAL: 1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% 2. Fotocopia de declaración de renta del último periodo gravable disponible y/o constancia de ingresos Honorarios laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda (los requisitos del numeral 2 cuando lo requiera la Compañía). DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PERSONA JURÍDICA: 1. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del representante legal, 2. Fotocopia de declaración de renta del último periodo gravable disponible y/o Estados Financiaros a último corte contable (los requisitos del numeral 2 cuando lo requiera la Compañía), HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI П RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS AÑO RAMO COMPAÑÍA VALOR RECLAMACIÓN INDEMNIZACIÓN 7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS TOMADOR 1. La actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica 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. 2. La información suministrada en la solicitud y este documento es veraz y verificable y la persona natural o jurídica se compromete a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas 4. Los recursos que posee la persona natural o jurídica provienen de la(s) actividad(es) descritas anteriormente. 8. AUTORIZACIÓN TOMADOR Autorizo a PREVISORA SEGUROS para el uso de mis datos personales aquí consignados, los cuales serán tratados acorde a la Política de Privacidad de la compañía, publicada en www.previsora.gov.co, de conformidad con la Ley 1581 de 2012. Toda interpretación, actuación judicial o administrativa derivada del tratamiento de mis datos personales estará sujeta a las normas de protección de información personal establecidas en la República de Colombia y las autoridades administrativas o jurisdiccionales competentes para la resolución de cualquier inquietud, queja o demanda sobre las mismas serán las de la República de Colombia.

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA LA PREVISORA SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, Correo electrónico: contactenos@previsora.gov.co y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) 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 En mi calidad de Tomador, a continuación señalo las razones que me impiden suministrar la información del Asegurado y/o Beneficiario son: En iqual sentido señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para el Asequrado y/o Beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

CONSIDERACIONES

- 1. Que 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
- 2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del articulo 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 que se recolectan mediante este formulario 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:

				AUTO	DRIZACIÓN					
Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, y/o cualquier sociedad (secta o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s). Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es)										
		le servicios por parte de LA ASEGURA			CUROS cumin	ictro mic datas nors		-	uo comprendo la actividad ac	coguradora
		EDIARIO DE SEGUROS me han infor			SURUS, Sullill	iistro iiiis datos pers	onales para todos i	os illies precontractuales qi	de comprende la actividad as	eguradora.
		S PERSONALES: Mis datos personale	,		O EL INTERME	DIARIO DE SEGURO	S, para las siguien	tes finalidades: i) El trámit	te de mi solicitud de vinculaci	ión como consumidor
		roveedor ii) El proceso de negociación								
		ación y pago de siniestros. vi) Todo lo								
		dísticas, encuestas, análisis de tende icios inherentes a la actividad asegura								
		iternal Revenue Service (IRS) y/o a la l								
reglamentaciones aplicables, x	ii) Intercambio o	remisión de información en virtud de	tratados y acuerd	os internacionales e inte	rgubernament	ales suscritos por Co	olombia, xiii) La pre	vención y control del lavado	o de activos y la financiación	del terrorismo. xiv)
		sferencia, procesamiento y reporte de					ente constituidas re	ferentes al comportamiento	crediticio, financiero y come	ercial."
		nte por las citadas sociedades o por lo datos podrán ser compartidos, transi					las a·i) Las nersor	ias jurídicas que tienen la c	alidad de filiales subsidiarias	s o vinculadas, o de matriz
		DE SEGUROS . ii) Los operadores ne								
		añías de asistencia, abogados extern								
		O EL INTERMEDIARIO DE SEGUR								que administran bases de
		aude, la selección de riesgos, y contro MACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que el								
		espuestas a las preguntas que me han								por lo que autorizo
		iento de mis datos sensibles, en especi								
		intendencia Financiera de Colombia e								
		OLESCENTES: Que son facultativas la I: Que como titular de la información,								formaciones que se
hayan recogido sobre mí.	31111 011 11101011	Que como dedidi de la información,	me asistem los den	cenos previstos en las E	.,c5 1200 dc .	1301 40 201	z. z.r copecial, me	asiste er dereens a conocci	, accadizar y receired las iiii	ormaciones que se
		MIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que l								
	-	tamiento de los datos que se comparta							,	
		m Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá uro, cuya dirección es Carrera 13 No.				-20 Piso 11, email: ir	nvertas@fasecolda.	com FeI: 3443080 de la ciud	lad de Bogota D.C. c) INIF-	Instituto Nacional
Tel: 2320105 de la ciudad de B	-	,,	, p,							
10. FIRMA Y HUELLA TOMAC	OOR									
El asegurado declara que la info	ormación registra	ada en la solicitud es verídica y compl	eta. Esta solicitud r	no es una oferta y está s	ujeta al recibo	de la documentació	n requerida para el	análisis del riesgo, lo cual	no implica ninguna aceptació	n del mismo por parte de
		n caso de expedirse la póliza correspo		parte integral del contra	ito de seguro.	LA PREVISORA S.A.	no autoriza a ningi	in intermediario de seguro	a recibir dineros por concepto	o de prima de seguro ni a
celebrar acuerdos de pago de p	orimas al recibo d	de esta solicitud ni con base en la coti:	acion presentada.			HUELLA				
						TOLLER .				
					1	· ·)			
INFORMACIÓN DE VERIFICA		MA TOMADOR					/			
INFORMACIÓN ENTREVISTA LUGAR DE LA ENTREVISTA	(Validacion Sa	FECHA		HORA	FECHA DE VE	ÓN DE LA INFORM	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIF	FICA	CARGO
LUGAR DE LA ENTREVISTA		Día	Mes Año	HUKA	Día	Mes Año	noka	NOMBRE DE QUIEN VERIF	TCA	CARGO
OBSERVACIONES		Dia	iries Allo	l l	OBSERVACIO					
NOMBRE INTERMEDIARIO O FU	JNCIONARIO RES	SPONSABLE FIRMA INTERMED	DIARIO O FUNCION	IARIO	FIRMA					
					1					
RESULTADO:	ACEPTADO	RECHAZADO								
				ANEXO No 1 INFO	RMACIÓN FAMILI	ARES PEP				
Diligencie los datos de sus fami	iliares vivos hasta	a el 2do. grado de consanguinidad y 2	do de afinidad as	í como los datos de su c	ónvuge Esto o	on el fin de dar cun	nnlimiento al decret	o 1674 del 2016:Padres Ab	nuelos Hermanos Hijos en co	nmún v propios Nietos
Diligencie 105 datos de 505 famil	mares vivos nasa	a ci zaoi giado de consangannada y z	ado: de dililidad, do	e como los datos de sa c	ionyage. Esto t	on er im de dar ean	ipiiiiieiico di deci et	5 107 1 dei 2010.1 dai e5/10	acios, riermanos, riijos en co	man y propiosy metos
1.DATOS FAMILIARES DEL	ASEGURADO Y/	O REPRESENTANTE LEGAL DE LA								
VINCULO FAMILIAR TIPO ID NUMERO ID		NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SE	GUNDO APELLIDO	FECHA NACIMIENTO		
									 	
									+	
					!					
	GURADO Y/O R	REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMF)A	T			Lucia		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO A	PELLIDO		NOMBRES			NUMER	O DE IDENTIFICACIÓN	
Diligencia los datos de sus fami	iliares vivos hast:	a el 2do. grado de consanguinidad y 2	do de afinidad as	í como los datos da su c	ónyuge Esto	on al fin de dar cum	onlimiento al decret	o 1674 del 2016: Padres Ab	nuelos Hermanos Hijos en co	muín y propios Nietos
-		a er zuo. grado de consangamidad y z	do. de allillada, as	i como los dacos de su c	onyage. Esto t	on er im de dar ean	ipiiiiieito di decret	0 1074 del 2010.1 dal es,Ab	delos, rermanos, riijos en co	man y propios, recos
2.1 DATOS FAMILIARES DE		NUMERO TO	NOMBRE		IDO CECUNDO ADELLADO		FECUA MACAMENTO			
VINCULO FAMILIAR	TIPO ID	NUMERO ID	NOMBRE	PKIMER APEL	APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		FECHA NACIMIENTO			
Indique si usted cuenta con par	rticipación como	socio del mas del 5% en una empres	a:	•		•		•		
-	RAZÓN SOCI	IAL		NUMERO DE IDEN	TIFICACIÓN			% PA	ARTICIPACIÓN	
								7017		

FO-GRO-013-1