



**MAPFRE**  
COLOMBIA

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (PERSONA NATURAL)

CLASE DE VINCULACIÓN		INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)				FECHA DE VINCULACIÓN						
TOMADOR	<input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar	Comercial	Laboral	Personal	OFICINA	DD	MM	AAAA	PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>	PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>
ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado										
BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario										
		Asegurado - Beneficiario										

1. PERSONA NATURAL												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES								
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> NÚMERO P.E.P <input type="checkbox"/> P.E.P.C <input type="checkbox"/>		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE VENCIMIENTO APLICA TIPO ID (CE, PS, PEP, PEPC)	GÉNERO	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN				
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>												
PAÍS Y LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		¿OTRA NACIONALIDAD O RESIDENCIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL _____		No DE IDENTIFICACIÓN _____	ESTADO CIVIL	ESTRATO		
TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOTIVO: _____ PAÍS _____				NÚMERO ID FISCAL		¿HA PERMANECIDO EN ESTADOS UNIDOS MÁS DE 183 DÍAS EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
¿HA OTORGADO PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL O AUTORIZACIÓN DE FIRMA EFECTIVAMENTE VIGENTE A UNA PERSONA CON DIRECCIÓN EN USA? * SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INVERSIÓNISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/>								CÓDIGO CIU
SECTOR AGROPECUARIO <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> MINERO Y ENERGÉTICO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SOLIDARIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>				NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA								
CARGO		CIUDAD EMPRESA		DIRECCIÓN EMPRESA				TELÉFONO EMPRESA		DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CIUDAD RESIDENCIA		TELÉFONO		CELULAR				EMAIL				
ACTIVIDAD SECUNDARIA				CÓDIGO CIU		¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (INDEPENDIENTES O COMERCIANTES)						
INGRESOS MENSUALES						ACTIVOS						
EGRESOS MENSUALES						PASIVOS						
OTROS INGRESOS						CONCEPTO OTROS INGRESOS						
¿FUE USTED SUJETO OBLIGADO A DECLARAR RENTA EN EL ÚLTIMO AÑO FISCAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												

ES USTED UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA DILIGENCIAR EL ANEXO 1 DE CONOCIMIENTO MEJORADO DE PEP Y VINCULADOS		

### ANEXO 1 CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

Vínculo	Nombre	Tipo de documento	No identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	¿Vinculado Actualmente? Si/No	Fecha desvinculación

\*Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primer civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

### 2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE RIQUEZA

Declaro expresamente que
1. Los recursos y riqueza que poseo provienen de las siguientes fuentes de ingresos (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio). _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

### 3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>		
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	GIROS <input type="checkbox"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/>		
TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI  NO

AÑO	RAMO	COMPANY	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN

**Personas Expuestas Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016) - ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vinculados:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

\*Si la respuesta fue "SI", diligenciar formato W9, W8 Ben o W8 Ben-E según corresponda

## 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería vigente, pasaporte vigente, carnet diplomático y permiso especial de permanencia o complementario vigente )
2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario – RUT – si la actividad económica es: Comerciante, Independiente, Inversionista y Rentista
3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.
4. APODERADO. Copia legible del poder firmado con conocimiento de notaria, junto con la copia del documento de identificación.

## 6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo lleve a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente. SI  NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en la cláusula 6 de "Autorización" del presente documento, SI  NO  especialmente 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.

## 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA			
LUGAR DE LA ENTREVISTA			
	DÍA	MES	AÑO
FECHA DE LA ENTREVISTA			HORA
RESULTADO	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES			
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE			
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE			

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO
			HORA
OBSERVACIONES			
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN			
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN			
C.C.			