



Formulario de Conocimiento
del cliente Persona Natural
Disposiciones contenidas en la
Circular Básica Jurídica
Superintendencia Financiera de Colombia

Código Sucursal / ADN	Nombre Sucursal / ADN / Área	Fecha Diligenciamiento		
		Día	Mes	Año
		03	06	2015

Vinculación ☐ Renovación ☐

Clase de Vinculación					
Tomador	<input checked="" type="checkbox"/>	Asegurado	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	<input type="checkbox"/>
Afianzado	<input type="checkbox"/>	Proveedor	<input type="checkbox"/>	Intermediario	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	Cual?			
Indique los vínculos existentes entre Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario: (Individualización del producto)					
	Familiar	Comercial	Laboral	La misma persona	Otra
Tomador - Asegurado				X	
Tomador - Beneficiario					
Asegurado - Beneficiario					

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Rodríguez		Jaramillo		Ricardo Alirio	
Tipo de Documento			Número Documento de Identificación		
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Fecha Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad 1	
Día Mes Año 11 01 81		Bogotá		Colombiano	
Nacionalidad 2		Dirección Residencia		Teléfono Residencia	
		Dg 16 sur #52-31		7209648	
Ciudad Residencia		Departamento Residencia		Celular	
Bogotá		Cundinamarca		3008594200	
E-mail		Actividad Principal		CIU	
ricardorod5@hotmail.com		Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>			
Ocupación / Oficio		Profesión		Empresa donde trabaja	
Contratista		Publicista		Universidad Distrital	
Carga		Departamento Laboral		Dirección Laboral	
OPS		Cundinamarca		Cra 7 #40B-58	
Teléfono Laboral		¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)			
3239300		Páginas web			

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)	Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
\$ 1.480.000	\$ 500.000	\$ 100.000	\$ 9.000.000	\$ 5.000.000
Concepto Otros Ingresos Mensuales				

¿Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:		
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Indique		
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Indique		

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que:	
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.	
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.	
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) FAVOR DILIGENCIAR:	
Contrato por orden de prestación de servicios y actividades de mi profesión	

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Prestamos <input type="checkbox"/> Cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/>						
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Productos financieros en el exterior <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? <input type="checkbox"/>						
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS				
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.				
Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN	
Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.	

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 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 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurado 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:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, las sociedades LIBERTY SEGUROS S.A. y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedades antes mencionadas.

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 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 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 de 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. Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
 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, 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. 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 término 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 con 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. 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 biométricos.
 5. 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.
 6. 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, asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
- III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles para las finalidades y en los términos en que me fueron informados. Autorizo de manera permanente e irrevocable a Liberty Seguros S.A., Liberty Seguros de Vida S.A., La Libertad Compañía de Inversiones y Servicios S.A. o a quien represente sus derechos, para que trate mis datos estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, crédito y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, la solicitud de financiación de primas de seguro o el inicio de la misma, el inicio de obligaciones pecuniarias contraídas con Liberty Seguros S.A. o Liberty Seguros de Vida S.A. o La Libertad Compañía de Inversiones y Servicios S.A., a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que sean convenientes, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero, asegurador o de cualquier otro sector afín a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales o cualquier otro dato personal o económico que sea pertinente.

7. FIRMA Y HUELLA

"Como consecuencia 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"

Ricardo Rodríguez

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Huella Dactilar



Índice-Derecho

8. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la Entrevista			Hora	Resultado
Día	Mes	Año		
				Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>

Observaciones

Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador Clave

FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR

9. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación			Ciudad:
Día	Mes	Año	

Observaciones

Nombre y cargo de quien verifica

FIRMA