

ENERO DE 2014

**B+V**  
**BICKENBACH + VIEITES S.A**  
Corredores de Seguros

# SARLAFT

**ESPACIOS QUE NO DEBES DEJAR SIN DILIGENCIAR O EL FORMULARIO SERA DEVUELTO**

- Fecha de Diligenciamiento
- CIU
- Actividad Económica
- Información Financiera
  - Ingresos Mensuales
  - Egresos Mensuales
  - Otros Ingresos
  - Activos
  - Pasivos
- Actividades en Operaciones Internacionales

**El incumplimiento nos puede GENERAR SANCIONES MUY GRAVES.**

## COMO DILIGENCIAR EL FORMULARIO

SE DEBE DILIGENCIAR CADA UNA DE LAS CASILLA

Versión 2013 - V2

### FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA JURIDICA- SECTOR ASEGURADOR DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fecha Diligenciamiento  Ciudad  Sucursal  Tipo Solicitud

EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

GRUPO DE VINCULACIÓN: Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Proveedor  Intermediario  Otro

Residencia de la Sociedad

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).

Tomador - Asegurado	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual: <input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual: <input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar	<input type="radio"/> Comercial	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Otra	Cual: <input type="text"/>

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  NIT  DV

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO  NÚMERO  FECHA DE EXPEDICIÓN  LUGAR DE EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO  LUGAR DE NACIMIENTO  NACIONALIDAD 1  NACIONALIDAD 2

OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN  CIUDAD  TELÉFONO  FAX

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN  CIUDAD  TELÉFONO  FAX

TIPO DE EMPRESA  CUAL  SECTOR DE LA ECONOMÍA  CIU

ACTIVIDAD ECONÓMICA  CUAL  E-MAIL

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	¿Por su actividad o cargo, administra recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	¿Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países? Indique cual (es)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INGRESOS MENSUALES (Pesos)  EGRESOS MENSUALES (Pesos)  ACTIVOS (Pesos)

PASIVOS (Pesos)  OTROS INGRESOS MENSUALES  CONCEPTO

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- La actividad, profesión u oficio de la compañía 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.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividad(es) descritas anteriormente.

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA  SI  NO CUAL  INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?  SI  NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:  
Se debe adjuntar la siguiente documentación:  
1 Estados Financieros comparados a último corte Contable, 2 Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del Representante Legal, 3 Declaración de Renta del último periodo gravable disponible, 4 Copia del RUT, Cámara de Comercio no Mayor a 30 días

CIU: Clasificación Industrial Internacional Uniforme

**NO DEJES DE  
PONER LA  
FIRMA Y LA  
HUELLA.  
SI ALGUNO DE  
ESTOS CAMPOS  
NO SE  
ENCUENTRA  
DILIGENCIADO  
EL FORMULARIO  
SERÁ  
DEVUELTO**

**BICKENBACH  
+  
VIEITES**  
cumple con las  
normas....  
**COLABORANOS!!!!**

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

Azí 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 \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministramos nuestros datos 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: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra 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) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), y/o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables, xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la xiv) 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 PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

7. 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 enabestado 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, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

IV. CERTIFICACION: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581 de 2012 y ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados 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 REPRESENTANTE LEGAL



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 Quién Verifica \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_