

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
- Patrimonio

• Actividades en Operaciones

El incumplimiento nos puede GENERAR SANCIONES MUY GRAVES.

COMO DILIGENCIAR EL FORMULARIO

SE DEBE DILIGENCIAR CADA UNA DE LAS CASILLA

Version 2013 - V2

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL- 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.						
TIPO DE VINCULACIÓN: Tomador <input type="radio"/> Asegurado <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Intermediario <input type="radio"/> Otro <input type="text"/>						
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:				
Tomador - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Otra	Cual:				
Asegurado - Beneficiario	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Otra	Cual:				
1. INFORMACIÓN BÁSICA						
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			
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CUIDAD	DEPARTAMENTO				
E-MAIL	TELÉFONO (Casa)	CELULAR				
ACTIVIDAD PRINCIPAL	CIU	OCUPACION	CARGO			
EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO (Oficina)				
ACTIVIDAD SECUNDARIA	CIU	DIRECCIÓN	TELÉFONO			
¿QUE TIPO DE PRODUCTO ES? SERVICIO COMERCIALIZAR (Inversiones, Planos o Comestibles)						
INGRESOS MENSUALES (Pesos)		EGRESOS MENSUALES (Pesos)				
ACTIVOS (Pesos)		PASIVO (Pesos)				
PATRIMONIO (Pesos)		OTROS INGRESOS (Pesos)				
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES						
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique: <input type="text"/>						
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique: <input type="text"/>						
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):						
Origen: <input type="text"/>						
3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL <input type="text"/> INDIQUE OTRAS OPERACIONES <input type="text"/>						
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CUIDAD	PAIS	MONEDA

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



Huela 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: _____