

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA NATURAL

CLASE DE CLIENTE Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO: <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tomador - Asegurado</td> <td>☐ Familiar</td> <td>☐ Comercial</td> <td>☐ Laboral</td> <td>☐ Otra</td> </tr> <tr> <td>Tomador - Beneficiario</td> <td>☐ Familiar</td> <td>☐ Comercial</td> <td>☐ Laboral</td> <td>☐ Otra</td> </tr> <tr> <td>Asegurado - Beneficiario</td> <td>☐ Familiar</td> <td>☐ Comercial</td> <td>☐ Laboral</td> <td>☐ Otra</td> </tr> </table>	Tomador - Asegurado	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha diligenciamiento</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Fecha diligenciamiento			DIA	MES	AÑO			
Tomador - Asegurado	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra																					
Tomador - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra																					
Asegurado - Beneficiario	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ Otra																					
Fecha diligenciamiento																									
DIA	MES	AÑO																							

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		N°. Identificación	
Tipo de identificación CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐		Fecha de expedición	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Año		Nacionalidad	
Dirección Residencia		Teléfono casa	
País - Dpto. - Ciudad		Celular	

DETALLE ACTIVIDAD			
Asalariado ☐	Independiente ☐	Estudiante ☐	Rentista ☐
Código de Actividad "CIIU"		Socio ☐	
¿Actualmente está laborando? Si ☐ No ☐		Pensionado ☐	
Ocupación / Profesión		Nombre Empresa donde Trabaja	
Dirección Empresa		Cargo que Desempeña	
Ciudad		Teléfono	
E Mail			

Por su cargo o actividad maneja		Por su actividad u oficio, goza usted de		Por su cargo o actividad ejerce algún grado	
recursos públicos? Si ☐ No ☐		reconocimiento público general? Si ☐ No ☐		de poder público? Si ☐ No ☐	
Actualmente es una persona		Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo			
políticamente expuesta Si ☐ No ☐		Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro			
Durante los últimos 2 años ha sido considerado como		una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☐			
¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta?		Si ☐ No ☐			
Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información					
Padre ☐	Hijo ☐	Hermano ☐	Nieto ☐	Abuelo ☐	Suegro ☐
Nombre Completo		Número de identificación		Yerno ☐	
Nombre Completo		Número de identificación		Cuñado ☐	
Nombre Completo		Número de identificación		Esposo ☐	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos \$	Total pasivo \$
Ingresos Mensuales \$	Otros Ingresos \$
Egresos Mensuales \$	Otros Egresos \$
Concepto (Otros Ingresos)	
Concepto (Otros Egresos)	

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐		Tipo de Transacción: Importación ☐ Exportación ☐	
Inversiones ☐ Préstamos ☐ Traslados ☐ Otros ☐		Cuál?	

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que: ☐

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). ☐

2. 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT. ☐

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. ☐

4. De manera irrevocable autorizo a POSITIVA COMPANHIA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato. ☐

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. ☐

6. Autorizo de manera libre, expresa e informada a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva"), sus autorizadas, filiales y subordinadas, en calidad de fuentes de la información conforme a la Ley 1266 de 2008, para que recolecte, almacene, use, procese, transmita o transfiera (el "Tratamiento") la información personal, crediticia y financiera contenida en centrales de información pública o privada con la función de determinar el riesgo financiero vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Financieros") a terceros como centrales de riesgo (Datacrédito y CIFIN) con la finalidad de determinar el riesgo financiero, mi puntaje de crédito, consultar mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.

7. He sido informado que los terceros que se encuentren afiliados a Datacrédito y/o CIFIN podrán acceder y conocer esta información de acuerdo con la normativa aplicable en Colombia. También reconozco que la información puede ser utilizada para efectos estadísticos. En caso de que el autorizado por el presente documento realice una cesión a cualquier título u operación similar, los efectos de esta autorización se extenderá a éste en los mismos términos y condiciones. He sido informado que frente a Positiva, en calidad de fuente de la información tengo los siguientes derechos:

a. Ejercer los derechos fundamentales al hábeas data y de petición, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos de esta ley, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales.

b. Solicitar información o pedir la actualización o rectificación de los datos contenidos en la base de datos, lo cual realizará el operador, con base en la información aportada por la fuente, conforme se establece en el procedimiento para consultas, reclamos y peticiones.

c. Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Documento de identificación (cédula de ciudadanía, pasaporte etc)

Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de Seguro supere los 846 SMMVL

Constancia de ingresos y/o certificado de ingresos y retenciones

Declaración de renta del último año gravable disponible (Si declara)

7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha tenido reclamaciones de seguros durante los 2 últimos años con cualquier aseguradora? (Incluido Positiva)

Si ☐ No ☐

Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros

Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				Si ☐ No ☐	
				Si ☐ No ☐	

8. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012 <https://www.positiva.gov.co/web/guest/politica-de-tratamiento-de-la-informacion>; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

Si ☐No ☐**9. 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 siguiente documento:

Firma cliente



Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

DÍA

MES

AÑO

Fecha de la entrevista

Hora

Nombre Intermediario y/o Asesor Responsable

Firma Intermediario y/o Asesor Responsable

Resultado de la Entrevista

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación

DÍA MES AÑO

Hora

Nombre y Cargo de quien verifica

Firma

Resultado de la Verificación

Sucursal
(Si la hay)Número Póliza
(Si la hay)

Aprobó: Junta Directiva

Revisó: Alexander Ruiz Ceballos - Oficial de Cumplimiento

Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado

Código: EST_3_3_1_FR01

Versión: 2

Clasificación: Pública clasificada