

Fecha de Diligenciamiento

Nuevo

Actualización

Residencia de la Sociedad

## 1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>
				LUGAR	<input type="text"/>
				FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
NACIONALIDAD	<input type="text"/>	ACTIVIDAD	<input type="text"/>	OCUPACIÓN	<input type="text"/>
CUAL	<input type="text"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA	<input type="text"/>		
PROFESION	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN	<input type="text"/>			TELÉFONO	<input type="text"/>
				FAX	<input type="text"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>

## 2. PERSONA JURIDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	<input type="text"/>	NIT	<input type="text"/>
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>
		NOMBRES	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>
		FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>
		LUGAR	<input type="text"/>
		FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>
		TELÉFONO	<input type="text"/>
		FAX	<input type="text"/>
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>
		TELÉFONO	<input type="text"/>
		FAX	<input type="text"/>
TIPO DE EMPRESA	<input type="text"/>	SECTOR DE LA ECONOMÍA	<input type="text"/>
		CUAL	<input type="text"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	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?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?. Indique cual

## 3. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>
ACTIVOS (Pesos)	<input type="text"/>	PASIVO (Pesos)	<input type="text"/>
PATRIMONIO (Pesos)	<input type="text"/>	OTROS INGRESOS (Pesos)	<input type="text"/>
CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input type="text"/>		

## 4. 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"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------

### PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

## 5. IMPUESTOS

Régimen Simplificado  Régimen Común  Gran Contribuyente

Exento de Impuesto a las Ventas

Autoretenedor

Indique Número de Resolución DIAN \_\_\_\_\_

Exento de ICA

Indique Número de Resolución DIAN \_\_\_\_\_

Código Actividad Industria y Comercio

CIU

## 6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LA ASEGURADORA, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogota D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 01800011935 a nivel nacional y 3274712 o 3274713 desde Bogotá,y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s). Declaro expresamente que:

I. 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.

II. Para efectos de efectuar el servicio o suministro a parte de LA ASEGURADORA, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales respectivos.

III. LA ASEGURADORA me han informado, de manera expresa: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como proveedor ii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iii) El control y la prevención del fraude. iv) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral v) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. vi) 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. vii) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, viii) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), ) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables ix) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, x) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xi) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los 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. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) 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 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 datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo IV del Título IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y la Ley 1581 de 2012 exige las mismas. 6. 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. 7. 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, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transferían, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal iii) 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.

He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

## 7. AUTORIZACION PARA CONSIGNACION O TRANSFERENCIA A CUENTAS BANCARIAS

Autorizamos a la Compañía Mundial de Seguros S.A., Nit 860.037.013-6 para realizar pagos a nuestro nombre a través de la utilización de sistemas de transferencia electrónica de fondos en las siguientes cuenta (s):

Nombre completo del titular de la cuenta

Tipo de cuenta:

Ahorros

Corriente

Ciudad

Banco

No. Cuenta

Persona a contactar:

Nombre:

Dirección / Telefono

Ciudad

Cargo

E-mail

## 8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

## 8. INFORMACION DE LA ENTREVISTA

## 9. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la Entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado que entrevista: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado que entrevista: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Resultado de la Entrevista: APROBADO  RECHAZADO

Fecha de Verificación: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Hora de Confirmación: \_\_\_\_\_

Nombre y Cargo de Quien Verifica \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_