



SOLICITUD VINCULACIÓN CANALES DE DISTRIBUCION

Fecha Diligenciamiento	D	M	A	Sucursal / Agencia	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualización	
Tipo de Canal	<input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Corredor <input type="checkbox"/> Alianza	Ramos en que desea vincularse	<input type="checkbox"/> SOAT <input type="checkbox"/> FIANZAS <input type="checkbox"/> AVIACIÓN <input type="checkbox"/> JUDICIALES <input type="checkbox"/> VIDA			
1. DATOS GENERALES						
Nombre o Razón Social					NIT O.C.C.	
Representante Legal - Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres			
Tipo de Documento	Número	Fecha de Expedición	D	M	A	
Fecha de Nacimiento	D	M	A	Oficina Principal: Dirección	Lugar	
Teléfono	E-mail		Dirección Residencia			
Ciudad	Teléfono	Tipo de Empresa				
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS 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 cargo o actividad, maneja recursos públicos?	Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?. Indique cual
2. REFERENCIAS COMERCIALES E IDONEIDAD (Sector Asegurador)						
Aseguradora	Labor Realizada y No Clave			Periodo		
Años de Experiencia en el Ejercicio de la Actividad						
3. ESTUDIOS REALIZADOS (Sólo para Agentes)						
Institución	Titulo Obtenido			Fecha		
				D	M	A
				D	M	A
				D	M	A
4. INFORMACIÓN FINANCIERA						
Ingresos Mensuales (Pesos)			Egresos Mensuales (Pesos)			
Activos (Pesos)			Pasivo (Pesos)			
Patrimonio (Pesos)			Otros Ingresos (Pesos)			
Concepto Otros Ingresos						
5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza Transacciones en Moneda Extranjera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cual	Indique Otras Operaciones			
Productos Financieros en El Exterior - ¿Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?						
Tipo de Producto	Identificación o Número del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
6. IMPUESTOS						
<input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/> Régimen Común <input type="checkbox"/> Gran Contribuyente <input type="checkbox"/> Autoretenedor	CIU					
<input type="checkbox"/> Exento de Industria y Comercio	Registro Mercantil No.	Fecha Constitución Sociedad		D	M	A
Código Actividad Industria y Comercio	Resolución Dian No.					
7. AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN 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						



tu compañía siempre

Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Ciudad	Banco	No. Cuenta
Persona a contactar:	Nombre:	No. Teléfono	Dirección	
Ciudad	Cargo	E-mail		

8. ACCIONISTAS (PERSONA JURÍDICA)

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, aporte o participación. 2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado) 3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente, sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).

Tipo ID	Número ID	Nombre	%	¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculado con una de ellas? (aplica únicamente para personas naturales)	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países?, Indique cual(es)

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente - conforme al (Decreto 1674 de 2016) -; ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674/2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Administradores (Ley 222 de 1995, art.22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones.

Vinculados: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI: Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

9. CONOCIMIENTO AMPLIADO

CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674 de 2016, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo / Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

* Vínculo / Relación **Persona Jurídica**
1. Representantes legales
2. Miembros de la Junta Directiva
3. Accionistas

* Vínculo / Relación **(Persona Natural)**
1. Segundo Grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES (PERSONA JURÍDICA)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social / Nombres Apellidos	% Participación	Nombre / Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista	NIT

**SOLICITUD VINCULACIÓN
CANALES DE DISTRIBUCIÓN**

10. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, o contraparte contractual 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) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral vi) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. vii) 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. viii) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, ix) 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 x) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xii) 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) **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 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 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, 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.

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.

10. INFORMACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA

¿Genera Facturación Electrónica?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO
Fecha Inicio Facturación Electrónica	
Correo habilitado para Facturación Electrónica	
Contacto Factura Electrónica	
Teléfono Contacto Factura Electrónica	
Correo Contacto Factura Electrónica	
Proveedor Tecnológico	
NIT Proveedor Tecnológico	
Correo para Pagos o Certificados de Impuestos	

11. 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

12. VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS E IDONEIDAD (Uso Exclusivo Compañía)

Persona Contactada	Firma de quien confirma
Fecha de Contacto	Cargo de quien confirma

13. CONCEPTO DEL GERENTE (Uso Exclusivo Compañía)

Trayectoria	
Idoneidad	
Solvencia	
Cómo llegó a Mundial	

14. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año
Hora			
Lugar de la Entrevista			
Nombre del empleado que entrevista	Firma del empleado que entrevista		
Observaciones:			

15. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación	Día	Mes	Año
Hora			
Nombre y Cargo de quien verifica	Firma		
Observaciones			
Fecha de Aprobación			
Clave Asignada			Vo. Bo. Vicepresidencia Comercial