seguros mundial®

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA NATURAL
COM-1-R-004

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Fecha de diligenciamiento D M A
Ciudad
Sucursal
Tipo de 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

Clase de vinculación Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otro

Indique los vínculos existentes entre tomador, asegurado, afianzado y beneficiario: (individualización del producto)

Tomador - Asegurado	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	¿Cuál?
Tomador – Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	¿Cuál?
Asegurado – Beneficiario	Familiar ☐	Comercial ☐	Laboral ☐	Otra ☐	¿Cuál?

1. Información básica

Primer apellido **Segundo apellido** **Nombres**
Tipo de documento **Número** **Fecha de expedición** D M A **Lugar de expedición**
Fecha de nacimiento D M A **Lugar de nacimiento** **Nacionalidad 1** **Nacionalidad 2**
E-mail **E-mail habilitado para facturación electrónica**
Dirección (residencia) **Departamento** **Ciudad** **Celular**
Actividad principal **Sector** **CIIU (Cod.)**
Tipo de actividad **¿Cuál?** **Ocupación** **Cargo**
Empresa donde trabaja **Dirección (oficina)**
Ciudad **Departamento** **Teléfono**
¿Qué tipo de producto y/o servicio comercializa? (independientes o comerciantes)
Ingresos mensuales (pesos) **Egresos mensuales (pesos)**
Activos (pesos) **Pasivos (pesos)**
Patrimonio (activos – pasivos, pesos) **Otros ingresos (pesos)**
Concepto otros ingresos mensuales
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*? (ver definición en el pie de página) **Sí** ☐ **No** ☐
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada PEP? **Sí** ☐ **No** ☐
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados.
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos? **Sí** ☐ **No** ☐
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? **Sí** ☐ **No** ☐
Indique

*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.

2. Declaración de origen 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 suministrada en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de fondos

*** Persona Expuesta Políticamente (PEP):**
Los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública, nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones relacionadas en el (Decreto 830 de 2021) y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos".

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

3. Actividades en operaciones internacionales

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ **¿Cuál?** _____ **Indique otras operaciones** _____

¿Posee productos financieros en el exterior? Sí ☐ No ☐ **¿Posee cuentas en moneda extranjera?** ☐ Sí ☐ No

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. Información sobre reclamaciones en seguros

¿Ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones en seguros en los dos últimos años? Sí ☐ No ☐

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. Cláusula de autorización

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web **www.segurosmundial.com.co**; **2)** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; **3)** 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 suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante **LA COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; **(ii)** Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; **(iii)** Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; **(iv)** El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de **LA COMPAÑÍA**; **(viii)** Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de **LA COMPAÑIA**, a través de los medios físicos o virtuales registrados; ejecutar acciones de perfilamiento comercial; prospección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios y/o de mercado; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; **(ix)** Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; **(x)** Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; **(xi)** Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; **(xii)** Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **LA COMPAÑÍA**; **(xiii)** Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en calidad de su representante legal o tutor, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor; **(xiv)** Acceda a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, usar, y en general dar un tratamiento a toda la información contenida en mi historia laboral del RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), dentro de la cual se encuentra mis vínculos laborales vigentes y no vigentes, el ingreso base de cotización (IBC), datos de contacto, información de empleadores, situación pensional, fecha de nacimiento, fecha de afiliación y fecha de traslado entre otros, por las veces que se requiera, y que se encuentre administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos de Colombia) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado; **(xv)** Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas.

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Nota SARLAFT: De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, como tomador de la póliza manifiesto que, por la forma de comercialización del producto, no es posible hacer entrega de los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso la aseguradora los recaudará al momento de la radicación de la reclamación.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas.

Sí ☐ No ☐

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

Índice derecho

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

7. Información entrevista

Lugar de la entrevista
Fecha de la entrevista D M A
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 D M A
Hora de confirmación
Nombre y cargo de quien verifica
Firma
Observaciones

Anexo 1 – Conocimiento mejorado de PEP

En cumplimiento del Decreto 830 de 2021, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como PEP o vinculado

Vínculo/ relación*	Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha de expedición	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha de desvinculación

***Vínculo/relación**
1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)
4. Sociedad conyugal de hecho o derecho

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.