

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA JURÍDICA**

Fecha Diligenciamiento	D	M	A	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.							
Clase de Vinculación	<input type="checkbox"/> Tomador	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Intermediario	<input type="checkbox"/> Otro
Residencia de la Sociedad							
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
1. INFORMACIÓN BÁSICA							
Nombre o Razón Social					Tipo de Documento	NIT	DV
Oficina Principal - Dirección						Tipo de Empresa	
Actividad económica				CIU (Cód.)	Sector		
Departamento	Ciudad	Teléfono		E-mail			
Correo habilitado para Facturación Electrónica	Departamento		Ciudad	Teléfono			
REPRESENTANTE LEGAL							
Representante Legal 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	Dirección (Residencia)			Ciudad			
Departamento	País		Teléfono	Celular			
¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) es una Persona Expuesta Políticamente? (Ver definición de administrador, PEP y vinculados en el pie de página).				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de Persona Expuesta Políticamente.		
¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?							<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique:		
ACCIONISTAS							
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	Fecha de expedición	Nombre	% Participación	¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Políticamente 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 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"							
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 detenten 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.							

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA JURÍDICA**

CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 830 de 2021, 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	Fecha de expedición	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

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

CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES

Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de expedición	Razón Social / Nombres Apellidos	% Participación	Nombre / Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista	NIT

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)	Activos (Pesos)
Pasivos (Pesos)	Patrimonio	Otros Ingresos
Concepto de Otros Ingresos		

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente.

Origen de Fondos

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?	Indique otras operaciones			
¿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	Ciudad	País	Moneda

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Fotocopia del documento de identidad del representante legal, ampliada al 150%
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Inventario general de los bienes objeto del seguro

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas, tales como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado	

Este formulario contiene las disposiciones establecidas en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES
PERSONA JURÍDICA**

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 3 en la Ciudad de Bogotá D.C., e-mail consumidorfinanciero@segurosmondial.com.co, líneas de atención al Cliente 018000111935 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).

Así 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 _____

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual lei y comprendí cabalmente. SI NO

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales 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: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi 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), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), 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. xiv) 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. 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. 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 <https://www.segurosmondial.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 Seguros Mundial 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 COMPAÑIA para que realice el tratamiento de mis datos personales con 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 COMPAÑIA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (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 COMPAÑIA; (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; 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) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (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) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud; (xiv) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013;

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

Autorizo de manera previa, expresa e informada a LA COMPAÑIA para tratar mis datos personales con las finalidades descritas anteriormente. SI NO

Nota SARLAFT: De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación.

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 son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS, 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/>

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v) del numeral 3 denominado "usuarios de la información", especialmente 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. SI NO

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

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. CERTIFICACIÓN: 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.



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA

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

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Lugar de la Entrevista					Fecha de Verificación	Día		Mes		Año	
Fecha de la Entrevista	Día		Mes		Año		Hora de Confirmación				
Hora de la Entrevista						Nombre y Cargo de quien verifica				Firma	
Observaciones											
Nombre del Intermediario						Observaciones					
Nombre del Asesor											
Resultado de la Entrevista	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado										