FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

Tipo de solicitud	
☐ Vinculación	☐ Actualización

Fecha de Diligenciamiento	Día	Mes	Año	Ciudad	Sucursal NO

Clase de Vinculación

☐ Tomador/Suscriptor/Contratante ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado ☐ Proveedor ☐ Intermediario

☐ Otro ¿Cuál?

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal).

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

Género ■ F ☐ M | Tipo de Documento ☐ C.C. ☐ NIT ☐ C.E. ☐ Reg. Civil ☐ Carné Cancillería ☐ Pasaporte | Número ID

Fecha de Expedición (Día / Mes / Año) | Lugar de Expedición | Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)

Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Nacionalidad 2	E-mail
Teléfono Celular	Teléfono Fijo	Dirección Residencia	
Ciudad	Departamento	Empresa donde labora	
Dirección Oficina	Teléfono Oficina	Ciudad de la Empresa	

Celular Oficina | Tipo de Empresa ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si ☐ No		¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? ☐ Si ☐ No	
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si ☐ No	Indique	¿Es usted servidor público? ☐ Si ☐ No	
¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente? (D.1674/16) ☐ Si ☐ No	Indique	Cargo	Fecha Inicio / Fecha Fin
¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta? ☐ Si ☐ No	Indique	Nombre	Cargo
¿Es usted Representante Legal de una Organización Internacional? ☐ Si ☐ No	Indique		
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o Países? ☐ Si ☐ No	¿Cuál(es)?		

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

PERSONA NATURAL (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Actividad Económica ☐ Asalariado ☐ Socio ☐ Inversionista ☐ Independiente ☐ Hogar ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

CIIU (Código)	Ocupación / Oficio / Profesión	Cargo (Asalariado)
Actividad Secundaria	CIIU (Código)	Dirección / Teléfono

¿Qué tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)

PERSONA JURÍDICA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

Nombre o Razón Social		NIT	DIV
Tipo de Empresa ☐ Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro	¿Cuál?		
Actividad Económica	CIIU (Código)	Dirección Of. Principal	
Teléfono	Correo Electrónico		
Teléfono Celular	Dirección Sucursal		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Persona Natural y Persona Jurídica) - Valores en Pesos y en SMMLV

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

Identificación de los Accionistas o Asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación):

Tipo ID	Número de ID	Razón Social o Nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su Actividad u Oficio goza de Reconocimiento Público General?	¿Tiene algún vínculo con una Persona considerada Públicamente Expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? Indique cuál(es)
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	
				☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio del suscrito (persona o 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.
2. La Información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a BMI SEGUROS COLOMBIA en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: _____ y provienen del siguiente país: _____

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? ☐ Si ☐ No ¿Cuál? ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☐ No En caso positivo descríbalos a continuación. ☐ Otras ¿Cuáles?

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

6. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

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

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar la siguiente documentación:

1. En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia legible de documento de Identificación. Para personas jurídicas se debe adjuntar la del Representante Legal y original o fotocopia del RUT y Certificado de Existencia y representación legal con vigencia no superior a tres (3) meses.
2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La compañía podrá requerir Información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.
3. Declaración de Renta (si aplica).

8. CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, a **BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.**, 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 los vinculados contractualmente por LA ASEGURADORA para la comercialización de sus productos.

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., 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 financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), **xii)** Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, **xiii)** La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A o por los encargados del tratamiento que esta considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, trasmitidos, 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: call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, médicos 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 e INVERFAS S.A., 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 XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia 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 y rectificar 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 LA ASEGURADORA Y/O LOS INTERMEDIARIOS.

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

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 presente documento.

_____
Firma

Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la Entrevista Día | Mes | Año — Hora de la Entrevista

Observaciones

Nombre del Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador

Clave

Resultado ☐ Aprobado ☐ Rechazado

_____
Firma Intermediario / Asesor responsable / Entrevistador

11. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ciudad

Fecha de la Entrevista Día | Mes | Año — Hora de la Entrevista

Nombre y cargo de quien verifica

Observaciones

_____
Firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA