



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE PERSONA JURÍDICA

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

Fecha diligenciamiento			Ciudad	Clase de vinculación			
Día:	Mes:	Año:		<input type="checkbox"/> Tomador	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Otro Cuál:

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre o Razón Social				
Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> Otro Cuál:	Número	DV
Actividad Económica				CIU
Dirección	Ciudad		Departamento	
Correo Electrónico				Teléfono o Celular
¿Está usted sujeto a Obligaciones Tributarias en otro país o Países?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguno de los Administradores (Representantes Legales, Miembros de Junta Directiva) es un PEP, está asociado o vinculado a una de ellas? (Ver definición en el pie de página).				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Por su cargo o actividad, alguno de los Administradores (Representante legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa por favor diligenciar la sección de conocimiento mejorado de Personas Políticamente Expuestas.				

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

3. REPRESENTANTE LEGAL

Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido			
Tipo de Documento	Numero de Documento		Fecha de Expedición ID	Día	Mes	Año
Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Nacionalidad		

Información miembros de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces (si aplica)

Tipo de ID	Número de ID	Nombre	¿Es Persona Políticamente Expuesta, vinculado o asociado a una de ellas? (Aplica para Personas Naturales)
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Accionistas/Socios (con una participación superior al 5%)

Tipo de ID	Número de ID	Nombre	% Participación	¿Es Persona Políticamente Expuesta, vinculado o asociado a una de ellas? (Aplica para Personas Naturales)
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

- Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Consideran 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 expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos. Funciones ejercidas a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

4. **Vinculados:** Las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas políticamente expuestas. Los que sean asociados cercanos (cuando sea socio, asociado o tenga negocios con una PEP, ya sea por medio de una Persona Jurídica o mediante una relación directa entre Personas Naturales).
5. **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.

Conocimiento Mejorado de Personas Expuestas Políticamente

Vínculo / Relación	Tipo de ID	Número de ID	Nombre	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha desvinculación
							DD MM AAAA
							DD MM AAAA
							DD MM AAAA
							DD MM AAAA
							DD MM AAAA

Conocimiento Ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales

Tipo de ID	Número de ID	Nombre	Nombre, Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista	% Participación	¿Es Persona Políticamente Expuesta, vinculado o asociado a una de ellas? (Aplica para Personas Naturales)
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

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

Declaro expresamente que:

- 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.
- 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.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
- 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. 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. 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, 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: 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) FASECOLD 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 Y TRANSMISIÓN INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias y/o transmisiones 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.

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 responderla.

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.

III. **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.

IV. **POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DATOS PERSONALES:** LA ASEGURADORA informa que la presente autorización se ajusta a la Política para la administración de datos personales definida por sus órganos competentes.

V. **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que **no quiero ser contactado por el siguiente canal:**

De no informar un canal en específico, autorizo que me contacten a los suministrados a lo largo del presente formulario.

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

* Si su firma es manuscrita por favor coloque la huella de su índice derecho aquí.

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Carrera 11 No. 84 A - 09, Oficina 903, Torre Amadeus, Costado Sur, Bogotá, Colombia PBX (601) 518 7700
contactenos@bmicos.com - www.bmicos.com/colombia

    BMISegurosColombia