

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

Fecha Diligenciamiento	D	M	A	Ciudad	Sucursal	Tipo Solicitud		
<b>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.</b>								
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	
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).</b>								
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			
<b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>								
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)							
Departamento	Ciudad			Teléfono	Celular			
Actividad Principal	Sector			CIIU (Cód.)				
Tipo de Actividad	¿Cuál?			Ocupación	Cargo			
Empresa donde trabaja	Dirección (Oficina)							
Ciudad	Departamento			Teléfono (Oficina)				
Actividad Secundaria				CIIU (Cód.)				
Dirección	Departamento			Ciudad	Teléfono			
¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o Comerciantes)								
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)							
Activos (Pesos)	Pasivo (Pesos)							
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)							
Concepto otros Ingresos Mensuales								
¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición en el pie de página)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PPE y vinculados								
¿Por su cargo o actividad, 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:								
<b>2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>								
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 que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.								
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.								
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).								
Origen de Fondos								
<b>3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>								
¿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	
Persona Públicamente Expuesta (PPE): 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.								

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA NATURAL**

**4. 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

**5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN**

**CONSIDERACIONES**

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable que se recolectan mediante este formulario se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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](mailto: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 la(s) 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 leí 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), y 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 derivadas 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. 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 exige las mismas, y la Ley 1581 de 2012.

**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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 NATURAL**

**ANEXO 1 - 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:

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

\* Vinculo/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), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

**6. INFORMACIÓN DEL INMUEBLE A ARRENDAR**

**DIRECCIÓN INMUEBLE Y NÚMERO DE MATRÍCULA**

(Según certificado de tradición y libertad)	Número de matrícula

**DESTINACIÓN DEL INMUEBLE**

MARQUE CON UNA X	Incremento Anual
<input type="checkbox"/> Vivienda	Hasta el 100% del IPC (Ley 820 de 2003)
<input type="checkbox"/> Comercio	
Si la destinación del inmueble es "Comercio" describa la actividad:	

**VIGENCIA**

Duración del contrato en meses (Se sugiere que sea por 12 meses)	Desde el día (Fecha de inicio del contrato)	Hasta el día

**FORMA DE PAGO DEL CANON**

Forma de Pago	Número de Cuenta	Lugar de Pago o Entidad
<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Consignación <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?		
Usos conexos	Descripción (Número, Ubicación, etc.)	
Garaje		
Depósito		

**SERVICIOS PÚBLICOS**

Marque los servicios públicos con los que cuenta el inmueble	Facturación (Si el pago de los servicios públicos es compartido, indique el porcentaje de facturación que debe asumir el inquilino o arrendatario, de lo contrario deje 100%)
<input type="checkbox"/> Acueducto, alcantarillado y recolección de basuras	
<input type="checkbox"/> Energía Eléctrica	
<input type="checkbox"/> Teléfono (registre los números de líneas telefónicas):	
<input type="checkbox"/> Gas Natural	

**7. 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 APODERADO

Huella Dactilar

**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

**9. 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						
Resultado de la Entrevista	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado											