

# FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

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



QBE Seguros S.A. NIT. 860.002.534-0  
Carrera 7 No. 76-35, pisos 7, 8 y 9, Bogotá D.C. Colombia  
PBX (57-1) 319 07 30 • Fax (57-1) 319 07 49  
Línea servicio al cliente 01 8000 112 723

Fecha de Diligenciamiento  DD  MM  AAAA Ciudad  Sucursal  Tipo de solicitud: Nuevo  Renovación  Actualización

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  Administrador  Apoderado  Otra  Cual:

Indique los vínculos existentes entre el tomador asegurado, afianzado y beneficiado (Individualización del producto).

FAMILIAR COMERCIAL LABORAL NINGUNA OTRA:

Tomador - Asegurado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tomador - Beneficiario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asegurado - Beneficiario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 1.PERSONA NATURAL

Apellidos:  (primer apellido)  (segundo apellido) Nombres:

C.C.  C.E.  T.I.  R.C.  P.S.  No.  Fecha de expedición  DD  MM  AAAA Lugar de expedición

Fecha de nacimiento  DD  MM  AAAA Lugar de nacimiento  Sexo  F  M Nacionalidad<sup>(1)</sup>  Nacionalidad<sup>(2)</sup>

Dirección de residencia  Ciudad  Departamento

Email  Teléfono  Celular

Actividad principal Estudiante  Ama de casa  Rentista  Pensionado  Otro  Cual:  CIU  Ocupación

Cargo  Empresa donde trabaja  Dirección  Teléfono

Actividad secundaria  CIU  Dirección  Teléfono

¿Qué tipo de producto comercializa?(Independiente o comerciantes)

Ingresos mensuales (\$)  Egresos mensuales (\$)

Activos (\$)  Pasivos (\$)

Patrimonio (\$)  Otros ingresos (\$)

Concepto otros ingresos

## 2.PERSONA JURÍDICA

Nombre o razón social  NIT  DV

Representante legal:  (primer apellido)  (segundo apellido)  (primer nombre)  (segundo nombre)

C.C.  C.E.  P.S.  No.  Fecha de expedición  DD  MM  AAAA Lugar de expedición

Fecha de nacimiento  DD  MM  AAAA Lugar de nacimiento  Nacionalidad<sup>(1)</sup>  Nacionalidad<sup>(2)</sup>

Oficina principal: Dirección  Ciudad  Teléfono  FAX

Sucursal o agencia: Dirección  Ciudad  Teléfono  FAX

Tipo de empresa: Pública  Privada  Mixta  Sector de la economía  CIU

Actividad económica: Industrial  Comercial  Transporte  Construcción  Agrícola  Civil  Servicios financieros  Otra

Cual:  Email:

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 DE IDENTIFICACIÓN	No. de ID	Nombre	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otro país(es)?, indique cuál(es)
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ingresos mensuales (\$)  Egresos mensuales (\$)

Activos (\$)  Pasivos (\$)

Otros ingresos (\$)  Concepto otros ingresos

### 3.PERSONAS PEP's

- ¿Por su cargo 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
- ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO  Indique
- ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI  NO  Indique

### 4.DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- 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.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

### 5.ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI  NO  Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Transferencias  Otra

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior? SI  NO  ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI  NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

### 6.INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

¿Ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones en seguros en los dos últimos años? SI  NO

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAM.	INDEMNIZ.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Natural

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda)
- Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas
- Fotocopia del documento de identificación
- Declaración de renta del último periodo gravable disponible (Si declara).
- En caso de apoderamiento, adjuntar Poder.

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Jurídica

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Estados financieros comparados a último corte contable
- Fotocopia del documento de identificación del representante legal
- Declaración de renta del último periodo gravable disponible.
- Copia del RUT, cámara de comercio no mayor a 90 días.

### 7.CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

1. DEFINICIONES:

QBE Seguros S.A. se denominará LA ASEGURADORA.

Las sociedades o empresas que conforman el Grupo QBE a nivel global, incluyendo a LA ASEGURADORA se denominarán GRUPO QBE.

Los intermediarios de seguros, proveedores, socios, aliados estratégicos, o entidades dentro o fuera del territorio nacional que prestan servicios a LA ASEGURADORA o al GRUPO QBE relacionados con el objeto social de la compañía de seguros se denominarán TERCEROS VINCULADOS.

Por DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales (tal como se entienden estos bajo la legislación vigente) que he entregado con anterioridad a LA ASEGURADORA, que entrego con este documento, y que entregue en el futuro o que LA ASEGURADORA reciba de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos, así como los datos de niños y adolescentes.

2. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por LA ASEGURADORA, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades:

- El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como tomador, asegurado, beneficiario, consumidor financiero, contraparte contractual y/o proveedor, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA ASEGURADORA.
- El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA ASEGURADORA.
- La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de servicio y ofertas comerciales de productos de LA ASEGURADORA y del GRUPO QBE, así como de otros servicios o productos inherentes a la actividad aseguradora.
- Envío de información de posibles sujetos de tributación en países del exterior, tal como el Internal Revenue Service (IRS) de los Estados Unidos de América y/o a la Dirección de

Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

- ix) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- x) La prevención y control del lavado de activos internacionales e intergubernamentales en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo de conformidad con la normativa vigente en Colombia.
- xii) Intercambio, cruce o remisión de información con el GRUPO QBE de acuerdo con las Políticas respecto de Sanciones Económicas del GRUPO QBE.

3. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO: Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por LA ASEGURADORA como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios, tal como las empresas o sociedades del GRUPO QBE o los TERCEROS VINCULADOS. Los DATOS PERSONALES podrán ser transmitidos o transferidos para las finalidades mencionadas, a:

- i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA.
- ii) Los TERCEROS VINCULADOS necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: talleres, ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.
- iii) Los Intermediarios de Seguros y/o Tomadores que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
- iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguros o Reaseguros.

4. DATOS SENSIBLES Y DATOS PERSONALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: Declaro que me ha sido informado que la entrega de los Datos Sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, así como los que versen sobre niños y adolescentes, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con LA ASEGURADORA. Así mismo declaro que me encuentro facultado para suministrar los DATOS PERSONALES de los niños y/o adolescentes en calidad de representante legal de aquellos.

5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2006 sobre datos financieros, comerciales, crediticios, o de servicios y demás que regulen la materia. Especialmente tengo derecho a:

- i) conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES;
- ii) Solicitar prueba de la autorización otorgada;
- iii) Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES
- iv) Presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante LA ASEGURADORA;
- v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y
- vi) Acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento.

6. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de LA ASEGURADORA se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página web de LA ASEGURADORA, [www.qbe.com.co](http://www.qbe.com.co).

7. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE: El responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 860.002.534-0. Dirección Electrónica: [www.qbe.com.co](http://www.qbe.com.co), correo electrónico: [datospersonales@qbe.com.co](mailto:datospersonales@qbe.com.co) y línea servicio al cliente 01 8000 112 723.

8. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI  NO

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI  NO

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI  NO

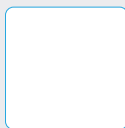
\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Documento de identidad

## 8. 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.



Huella

\_\_\_\_\_  
Firma cliente o representante legal

## 9. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista

Fecha de la entrevista DD MM AAAA Hora

Resultado Aceptado  Rechazado

Nombre intermediario y/o asesor responsable

Firma intermediario y/o asesor responsable

Observaciones:

## 10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la verificación DD MM AAAA Hora

Nombre y cargo de quien verifica

Firma

Observaciones: