

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 Cuál: _____

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

Tomador - Asegurado

Familiar Comercial Laboral Ninguna

Tomador - Beneficiario

Familiar Comercial Laboral Ninguna

Asegurado - Beneficiario

Familiar Comercial Laboral Ninguna

OTRA: _____

1. PERSONA NATURAL

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

Tipo de documento: C.C: Cedula de Ciudadanía; C.E: Cedula de Extranjería; T.I: Tarjeta de Identidad; R.C: Registro Civil; P.S: Pasaporte.

C.C C.E T.I R.C PS No. _____ Fecha de expedición DD MM AAAA Lugar de expedición Sexo F M

Fecha de nacimiento DD MM AAAA Lugar de nacimiento Nacionalidad(1) Nacionalidad(2)

Dirección de residencia Ciudad Departamento

Correo electrónico Teléfono Celular

Actividad principal: Estudiante Ama de casa Rentista Pensionado Otro Cuál: _____ CIU

Ocupación Empresa

Cargo Teléfono Dirección

Actividad secundaria CIU Dirección

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

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o razón social NIT DV

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

Tipo de documento: C.C: Cedula de Ciudadanía; C.E: Cedula de Extranjería; P.S: Pasaporte.

C.C C.E PS N° de documento _____ Fecha de expedición DD MM AAAA Lugar de expedición

Fecha de nacimiento DD MM AAAA Lugar de nacimiento Nacionalidad(1) Nacionalidad(2)

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 Cuál: _____

Correo electrónico

Accionistas Instrucciones de diligenciamiento:

- Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
- Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección, es a su vez una persona jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria 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 más espacio debe anexar una relación por separado).
- Si alguno de los accionistas o asociados (Personas Naturales) es una Persona Públicamente Expuesta (PPE), sírvase diligenciar la sección 3.

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombre	% Participación	¿Es Persona Jurídica que cotiza en bolsa?	¿Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculada con una de éstas? (Aplica únicamente para personas naturales)	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países? Indique cuál(es)
				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 <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"/>	

3. PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS (PPE)

Persona Públicamente Expuesta (PPE): Personas nacionales o extranjeras que se encuentren en las siguientes categorías: **i) Personas Expuestas Políticamente - PEP (Decreto 1674 de 2016):** Individuos que desempeñan o han desempeñado durante los últimos dos (2) años funciones públicas destacadas en el gobierno nacional, departamental o municipal; gerentes y directores de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de economía mixta; miembros de alto rango de las fuerzas militares y de policía; personas que ocupan los cargos de elección popular del orden nacional, departamental y municipal; jueces de la República y miembros de grado alto de la rama judicial y de los organismos y entes de control y vigilancia; políticos de alta jerarquía y representantes de partidos y movimientos políticos; consejeros del consejo nacional electoral; registrador nacional del estado civil y registradores delegados; directores y tesoreros de patrimonios autónomos o fideicomisos que administren recursos públicos. **ii) Representantes Legales de Organizaciones Internacionales:** Representantes de organizaciones internacionales públicas u organización intergubernamental (OIG) y Representantes de organizaciones internacionales privadas u organización no gubernamental (ONG). **iii) Personas que gozan de reconocimiento público,** debido a su destreza especial o habilidad en ámbitos como las artes, la farándula, el deporte, las ciencias, entre otros, que obtienen notoriedad entre el público.

¿Es Usted o alguno de los directores o administradores de la entidad una PPE?

SI NO

¿Es Usted o alguno de los directores o administradores de la entidad, un familiar por consanguinidad, afinidad o adopción, de una PPE?

SI NO

Si la respuesta es afirmativa en cualquiera de los dos casos o en ambos, sírvase diligenciar el siguiente cuadro: (En caso de requerir más espacio debe anexar una relación por separado).

Tipo de PPE	Relación con la PPE*	Nombre de la PPE	Tipo de Id	Número de Identificación	Nacionalidad	Entidad/Área de reconocimiento público	Cargo/Profesión u Oficio	Fecha Desde	Fecha Hasta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							MM AA	MM AA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							MM AA	MM AA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							MM AA	MM AA

*Vínculo o 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 PPE). 3. Primero Civil (hijos adoptivos o padres adoptantes)

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Información Financiera

Activos (\$) Pasivos (\$) Ingresos mensuales (\$) Egresos mensuales (\$)

Patrimonio (\$) Otros ingresos (\$) Concepto otros ingresos

¿Por su cargo o actividad, Usted, alguno de los directores o administradores, o la persona jurídica que representa administra recursos públicos? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, explique:

¿Es Usted o alguno de los directores o administradores de la entidad sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, explique e indique en cuál país o grupo de países:

De conformidad con las normas tributarias vigentes, ¿Estoy obligado a presentar declaración de Renta y Complementarios por el año gravable anterior? SI NO

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

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 destinarán a 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:

6. 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

Por favor amplíe la información.

Tipo de Producto	Identificación o Número del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

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

Año	Ramo	Compañía de Seguros	Valor	Reclamación	Indemnización
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Natural

- 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 período gravable disponible (Si declara) y RUT.
- Cámara de Comercio (Si tiene alguna actividad comercial registrada).
- Poder en caso de actuar como apoderado.

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Jurídica

- Estados financieros comparados a último corte contable.
- Fotocopia del documento de identificación del representante legal.
- Declaración de renta del último período gravable disponible.
- Cámara de Comercio no mayor a 90 días y RUT.

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, comprometiéndome a informar inmediatamente al correo electrónico oficialdecumplimiento@co.qbe.com cualquier cambio en la información suministrada, particularmente en relación con mi actividad económica, información financiera, el origen de mis recursos, domicilio y la composición accionaria de la persona jurídica que represento.

Huella

Firma Cliente o Representante Legal

9. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

Autorizo de manera permanente e irrevocable a **QBE Seguros S.A.** o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera, procese, conserve, consulte y suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnico de seguros, financiera y comercial mía y/o de la Persona Jurídica a la que represento, desde el momento de solicitud del seguro, a las centrales de información o Bases de Datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos.

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**. 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: **I)** 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**. **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)** 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**. **VI)** La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. **VII)** 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. **VIII)** 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. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES DE TERCEROS: Declaro que cuento con la autorización de todas las personas respecto de las cuales he suministrado sus datos personales a **LA ASEGURADORA**, para el tratamiento de los mismos, para las finalidades y en los términos aquí descritos, particularmente para la ejecución del contrato que he suscrito con **LA ASEGURADORA**. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de dichos datos en las bases de datos de **LA ASEGURADORA** o de los **ENCARGADOS** que ella considere necesario.

7. 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.

8. 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, correo electrónico: datospersonales@co.qbe.com y Línea Servicio al Cliente **01 8000 112 723**.

9. AUTORIZACIÓN:

De manera expresa previa e informada **AUTORIZO** el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los datos sensibles, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento: **Si** **No**

Firma

10. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA EXCLUSIVAMENTE POR EL INTERMEDIARIO Y/O LA ASEGURADORA

A. INFORMACIÓN ENTREVISTA (Debe ser diligenciada por el intermediario de seguros o el empleado de la Compañía que asesora al cliente)

Lugar de la entrevista Hora

Fecha de la entrevista DD MM AAAA **Resultado:** Aceptado

Nombre intermediario y/o asesor responsable: Rechazado

Firma

Observaciones:

B. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Debe ser diligenciada por el intermediario de seguros, el empleado de la Compañía que tiene a su cargo el negocio o por el Oficial de Cumplimiento)

Fecha de verificación DD MM AAAA Hora

Nombre de quien verifica:

Cargo:

Firma

Observaciones: