

Ciudad: _____

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 Otro _____

1 .INFORMACIÓN BÁSICA

 PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ NOMBRES: _____
 TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA LUGAR DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD 1: _____ NACIONALIDAD 2: _____
 E-MAIL: _____ DIRECCIÓN (Residencia): _____ CIUDAD: _____
 DEPARTAMENTO: _____ CELULAR: _____
 SECTOR: _____ CIU (cod): _____
 OCUPACIÓN: _____ CARGO: _____ EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 CIUDAD: _____ DIRECCIÓN (Oficina): _____

 ¿QUÉ TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (independientes o Comerciantes): _____
 INGRESOS MENSUALES (Pesos): _____ EGRESOS MENSUALES (Pesos): _____
 ACTIVOS (Pesos): _____ PASIVO (Pesos): _____
 PATRIMONIO (Activos-PasivosPesos): _____ OTROS INGRESOS (Pesos): _____
 CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES: _____

2. DECLARACIÓN INFORMACIÓN PEP

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente o Públicamente? (Ver definición en el pie de página)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar la siguiente información	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Persona Expuesta Públicamente (PEP)

1. 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 en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.

Definición de vinculado:

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
2. Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Asociado cercano, es cuando usted 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.

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

 ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO Indique: _____

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y ORIGEN DE LA RIQUEZA

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal. 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 como mínimo.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán 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 y Origen de la Riqueza: _____

4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUÁL _____

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones en materia de protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales (Cédula, nombre, dirección, correo electrónico, celular, entre otros) para la finalidad y tratamiento descritos en la Política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad publicada en la página web www.laequidadseguros.coop. Así mismo, autorizo que, durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada, para los fines y tratamientos descritos en la presente autorización.

Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad con las siguientes finalidades adicionales a las referenciadas en la Política de tratamiento de datos personales y el aviso de privacidad: a) Circular con terceros de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, herramientas que le permitan a La Equidad, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. b) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países a través de operadores de información. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en la política de tratamiento de datos, aviso de privacidad y las relacionadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, Call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros. b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro. d) 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. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 5. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 7. En caso ser requerida la gestión de cobranza, escojo como medio de contacto para ello:

Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

Autorizo de manera a LA EQUIDAD a tratar y transmitir los datos personales para el envío de campañas comerciales y publicitarias; De esta manera, autorizo expresamente para ser contactado por LA EQUIDAD y/o terceros encargados para las gestiones de apoyo para retomar una cotización o crearse como prospectos dentro de las bases de datos con fines de publicidad de productos relacionados y asociados; escoja la opción de su elección:

Tipo de documento: _____
Nro. de identificación: _____
Fecha: _____

Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 conforme lo indicado en la Política de Tratamiento de Datos y el aviso de privacidad. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Transferir y/o transmitir los datos a las entidades financieras que tengan convenio con La Equidad, para el ofrecimiento de sus servicios financieros a través de los canales no presenciales de La Equidad como, página web, plataformas electrónicas, call center, entre otros; siempre que dicho ofrecimiento tenga conexidad con las operaciones legalmente autorizadas. 10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo., cuya dirección es la carrera 9A No. 99-07 Torre 3 Piso 14, el teléfono es (601) 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se comparta transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal d) del numeral 3, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera la Cra 7 No 26-20 Piso 11 y el teléfono es (601)3443080. 12. Que, con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 No autorizo contacto para fines comerciales y publicitarios.

(Firma) _____
Nombre del Titular de la información:

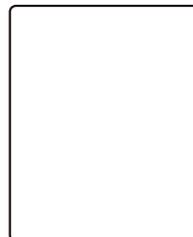
ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DIA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.



FIRMA CLIENTE O APODERADO

Huella indice derecho

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA**8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de la entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de verificación: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Intermediario: _____

Nombre y cargo de quien verifica: _____

Nombre del Asesor: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

9. INFORMACIÓN DE LA SOCIEDAD CONYUGAL

VINCULO /RELACIÓN *	NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACION	No DE IDENTIFICACION	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DESVINCULACION

10. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA DE LA PERSONA POLÍTICAMENTE/PÚBLICAMENTE EXPUESTA

VINCULO /RELACIÓN *	NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACION	No DE IDENTIFICACION	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DESVINCULACION

* Vínculo / Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padre, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP).
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

Para el campo de actividad económica

*PN: : 1 Asalariado, 2 Pensionado, 3 Comerciante, 4 Estudiante, 5 Socio, 6 Empleado Público, 7 Ama de Casa 8 Independiente 9 Inversionista 10 Rentista 11 otro ¿cuál?