

Formulario de Conocimiento de Cliente Persona Natural

Fecha diligenciamiento			Ciudad			Clase de vinculación																																																																																																																
Día	Mes	Año				Tomador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____																																																																																																																
1. Información Básica <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Nombres</td> <td colspan="4">Primer Apellido</td> <td colspan="3">Segundo Apellido</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="1">Tipo de Documento</td> <td colspan="1">Número de Documento</td> <td colspan="2">Fecha de Expedición</td> <td colspan="2">ID</td> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento</td> <td colspan="1">Lugar de Expedición</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td></td> <td></td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Dirección Residencia</td> <td colspan="3">Ciudad Residencia</td> <td colspan="2">Departamento Residencia</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Correo electrónico</td> <td colspan="2">Teléfono o Celular</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Actividad Principal</td> <td colspan="2">CIIU (Cód)</td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Empresa donde Trabaja</td> <td colspan="4">Dirección Empresa</td> <td colspan="1">Ciudad Empresa</td> <td colspan="1">Cargo</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="1"></td> <td colspan="1"></td> </tr> </table>									Nombres		Primer Apellido				Segundo Apellido												Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Expedición		ID		Fecha de Nacimiento		Lugar de Expedición			Día	Mes			Día	Mes	Año	Dirección Residencia					Ciudad Residencia			Departamento Residencia												Correo electrónico							Teléfono o Celular											Actividad Principal							CIIU (Cód)											Empresa donde Trabaja			Dirección Empresa				Ciudad Empresa	Cargo									
Nombres		Primer Apellido				Segundo Apellido																																																																																																																
Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Expedición		ID		Fecha de Nacimiento		Lugar de Expedición																																																																																																														
		Día	Mes			Día	Mes	Año																																																																																																														
Dirección Residencia					Ciudad Residencia			Departamento Residencia																																																																																																														
Correo electrónico							Teléfono o Celular																																																																																																															
Actividad Principal							CIIU (Cód)																																																																																																															
Empresa donde Trabaja			Dirección Empresa				Ciudad Empresa	Cargo																																																																																																														

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente, está vinculado o asociado a una de ellas? (Ver definición en el pie de página).

SI NO

¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?

SI NO

Si la respuesta es afirmativa por favor diligenciar la sección de conocimiento mejorado de Personas Políticamente Expuestas.

- 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 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. Es PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo
 - 2. 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.
 - 3. 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).

Conocimiento Mejorado de Personas Exuestas Políticamente

Información Financiera

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

2. Declaración de Origen de Fondos / Riqueza

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 suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable.
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 la(s) actividades descritas a continuación:

Origen de fondos: _____

3. Cláusula de Autorización

Consideraciones

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario son recolectados 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.
2. Que los principios y disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012, y complementarias, serán aplicables a los datos personales frente a los cuales usted autorice su tratamiento de conformidad con lo establecido en la Política de tratamiento de datos de la Compañía.

Autorización

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por Chubb Seguros Colombia S.A. (de ahora en adelante "la Compañía o Chubb") con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en la Carrera 7 # 71 – 21 Torre B Piso 7, teléfono 601 3266210, la aseguradora con la cual se celebrará contratos de seguros.

Así mismo, entiéndase como Intermediario de seguros la (s) sociedad (es) _____ Dirección _____, Teléfono _____.

Autorizo de manera previa, expresa voluntaria e informada a la Compañía y el Intermediario de Seguros a tratar mis datos conforme a las siguientes:

Si No

1. Que, para efectos de poder tomar un seguro o poder asegurarme, autorizo a Chubb para que recolecte mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
2. Chubb tratará mis datos de forma manual y/o automatizada, y recolectará, administrará y usará mis datos personales en los términos previstos en la legislación aplicable.
3. Que Chubb, me ha informado, de manera expresa lo siguiente:

I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados 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 Chubb, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) La liquidación y pago de siniestros. v) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vi) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral vii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. viii) 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 ya sea por la Compañía y/o el Intermediario de Seguros. ix) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, x) Verificación y validación de identidad, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. Esta finalidad incluye las siguientes actividades: a) Consultar y reportar en listas restrictivas, listas vinculantes para Colombia, listas de personas expuestas políticamente (PEP) y operadores de información, en cumplimiento de las obligaciones LAFT c. XII) consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

II. 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 Chubb. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con Chubb, 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 Chubb 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.

III. 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.

IV. DATOS SENSIBLES: Autorizo a Chubb y/o el Intermediario de Seguros a recolectar, utilizar, procesar y almacenar mis datos personales sensibles necesarios para la ejecución del contrato de seguro, tales datos sensibles pueden incluir datos de salud y/o datos biométricos. Fui informado que la autorización de tratar mis datos personales sensibles es de carácter facultativo, y no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de datos sensibles. Chubb y/o el Intermediario de seguros observará la regulación en materia de datos personales sensibles en cumplimiento de las finalidades establecidas en el presente documento y en las políticas de tratamiento de datos disponibles en www.chubbseguros.com.co

V. 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.

VI. 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. Como titular tengo derecho a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos, incluyendo aquellos parciales o inexactos; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada a Chubb y/o el Intermediario de seguros, c) Ser informado sobre el uso de mis datos previa solicitud; d) Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; e) Revocar la autorización o solicitar la supresión de datos en caso de incumplimiento de principios legales y constitucionales, excepto en casos de deber legal o contractual; f) Acceder de forma gratuita a mis datos tratados

VII. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es Chubb Seguros Colombia S.A., cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización, quien podrá transferir o transmitir los datos personales a las siguientes sociedades:

- a. FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 601 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 Tel. 601 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 Tel.

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral II 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

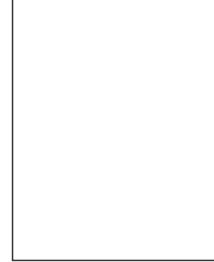
Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

4. CERTIFICACIÓN: Manifiesto 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 **Chubb Seguros Colombia S.A.**, señalados en este documento.

5. ACUERDO DE RESPONSABILIDAD EN PROTECCIÓN DE DATOS (PÓLIZAS COLECTIVAS): Este acuerdo es aplicable para los Contratos de Seguro, donde el tomador es diferente al asegurado. La Compañía adquiere la calidad de responsable de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza.

6. DECLARACION Y AUTORIZACIÓN: A través de este formulario, he presentado a Chubb datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por la Compañía para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, autorizo expresamente para ser contactado por Chubb y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir incluso en un horario distinto al establecido en el artículo 3 de la Ley 2300 de 2023, y aquellas que la modifiquen o adicionen. En caso de que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales, conozco que debo dirigirme al buzón de servicio al cliente ServicioalCliente.Co@Chubb.com para radicar la solicitud como PQR. Además, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

Firma _____



Huella dactilar

Observaciones _____

Chubb Group. Productos ofrecidos por una o más de las Compañías del Grupo Chubb. Los productos ofrecidos no se encuentran disponibles en todas las jurisdicciones. Los derechos sobre la marca comercial "Chubb", su logotipo, y demás marcas relacionadas, son de propiedad de Chubb Limited.

Chubb. Insured.SM