

LISTA DE CHEQUEO VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS

Versión 1

1. Documento de Identidad
2. Cámara de Comercio
3. Certificado de inhabilidades e incompatibilidades
4. RUT
5. Formulario de conocimiento
6. Soporte Idoneidad
7. Certificación Bancaria
8. Estados Financieros
9. Contrato Agente/Contrato Agencia
10. Anexo Delegación
11. Anexo ISR

[illegible]

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE INTERMEDIARIOS	Versión 1
---	----------------------

Fecha diligenciamiento	Ciudad	Tipo de intermediario Agente/ Agencia
-----------------------------------	-------------------	---

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre o razón social	NIT/Número de Identificación	Teléfono o Celular
----------------------------------	---	-------------------------------

Dirección principal

Producto o Servicio Ofrecido	Actividad Principal/Ocupación
---	--

Página Web

Información del representante legal

Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido
--------------------	----------------------------	-----------------------------

Tipo documento	Número documento	Fecha expedición ID	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
---------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente, está vinculado o asociado a una de ellas?	
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?	

PRINCIPALES CLIENTES

PRINCIPALES COMPETIDORES

ACCIONISTAS/SOCIOS (CON UNA PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 5%)

Tipo de ID	Número de ID	Fecha de Expedición ID	Nombre	% Participación	Es Persona Políticamente Expuesta, vinculado o asociado a una de ellas Sí/No (Aplica para Personas Naturales)

Marque con un Sí o un No	Sí marcó No justifique su respuesta
Cuenta con un plan de contingencia o continuidad del negocio.	
Tiene implementado un programa de prevención de fraude.	
Existen / no existen conflictos de interés con Chubb o con empleados de Chubb.	
Existencia de un empleado que tenga relación familiar con trabajadores de Chubb.	
Tiene subsidiarias o afiliadas que actualmente presten servicios a la compañía Chubb en otras jurisdicciones.	

Si su respuesta a la última pregunta fue sí, diligencie:	
Nombre de la subsidiaria	ID de la subsidiaria

Existe un funcionario público que participe en la propiedad de la Compañía (Marque con una X en el recuadro a la derecha)	
Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí señalar	
Entidad en la que desempeña sus funciones	
Cargo que ocupa	

PERSONAS NATURALES VINCULADAS Y CREACIÓN DE USUARIOS

Nombre	Número de doc	Tipo de doc	Correo	Acredita idoneidad (marque sí o no)	Sucursal	Telefono	Requiere creación de usuario (SI/NO)

Como Representante Legal de la Agencia, garantizo que aquellas personas que no se encuentren relacionadas en la presente Certificación como Personas Naturales Vinculadas, no se encontrarán facultadas para ofrecer los seguros de Chubb Seguros Colombia S.A.

Así mismo, manifiesto conocer que el registro en el SUCIS de las personas antes enunciadas, se encuentra sujeto a cualquier tipo de verificación interna que haga la Compañía previo a la realización de dicho registro, razón por la cual, acepto que en caso de que algunas de las personas antes enunciadas no cumpla con requisitos establecidos en las políticas internas de Chubb, la Compañía pueda abstenerse de realizar el registro de esta persona, notificándome previamente de dicha circunstancia.

Igualmente, manifiesto que es mi obligación actualizar la base datos de las Personas Naturales Vinculadas a la Agencia, para lo cual enviaré cualquier novedad al correo electrónico documentacionagentes@chubb.com.

Me adhiero a la la presente Certificación respecto de las Personas Naturales Vinculadas a la Agencia (PNV), a la cual represento, y que me permito relacionar más adelante. Manifiesto de manera expresa que únicamente las personas enunciadas en este documento, podrán ofrecer los seguros de Chubb Seguros Colombia S.A., contando para tal efecto con la capacidad técnica y profesional exigida, de conformidad con lo establecido en la Circular Externa 050 de 2015 de la Superintendencia Financiera de Colombia y en las políticas emitidas por Chubb Seguros. En ese sentido, certifico lo siguiente respecto de las PNV:

- Que cuentan con la capacidad técnica requerida para la intermediación de seguros, teniendo en cuenta que han estado vinculadas al sector asegurador por más de 2 años prestando asesorías relacionadas con la intermediación de seguros, o han realizado el curso de formación exigido por la normatividad antes referida.
- Que no cuentan con antecedentes judiciales, administrativos, laborales o disciplinarios y, de ahí que, cuentan con la capacidad profesional requerida para ejercer la intermediación de seguros.
- Que no se encuentran incursos en inhabilidades o incompatibilidades que les permitan ejercer la intermediación de seguros, de conformidad con lo establecido en el régimen legal vigente.

INSCRIPCION DE PAGOS A TRANSFERENCIA BANCARIA

Datos del beneficiario de pago			Nombre			
Tipo de identificación			Número de identificación			
E-mail			Dirección			
Telefono			Entidad bancaria			
Número de cuenta			Tipo de cuenta		Sucursal	
Autorizamos a Chubb Seguros Colombia S.A. a consignar en la cuenta bancaria descrita anteriormente los valores correspondientes al concepto que la compañía determine. Sí____ No____						

CERTIFICACIÓN RESOLUCION 0312

manifiesto que ésta sociedad cumple a cabalidad con las disposiciones de la Resolución 0312 de 2019. Para tales efectos declaro qué:

1. Todos los trabajadores vinculados con contrato de trabajo han sido afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales y que a la fecha la sociedad empleadora se encuentra al día en las cotizaciones.
2. Los contratistas personas naturales que son contratados por mi representada, cuentan con afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales y han presentado ante mi representada el certificado de pago oportuno y completo de las cotizaciones.
3. Las personas naturales que participan como trabajadores y/o contratistas que prestan sus servicios en favor de mi representada, cuentan con todos los elementos de protección personal requeridos para tal fin. En el caso de los trabajadores, la reposición de estos elementos se realiza de manera oportuna atendiendo al desgaste y condiciones de uso. Para el caso de los contratistas, mi representada verifica de manera satisfactoria la reposición de los elementos.

Declaro expresamente que:

1. Que la actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de esta no provienen de actividades ilícitas 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 o actividades terroristas.
 4. Los recursos que posee la Compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente.
- Consideraciones**
5. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento de 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.
 6. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por Chubb Seguros Colombia S.A., 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 Seguros Colombia S.A., 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 Chubb Seguros Colombia S.A., xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 7. 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 contenidas 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.
 9. Que los principios sobre protección de datos personales serán aplicables a los datos personales que serán tratados de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012 y la Ley 2300 de 2023.
 10. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

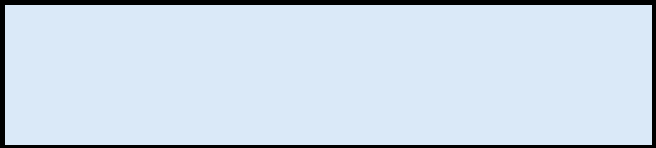
Autorización

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por Chubb Seguros Colombia S.A. con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en la Carrera 7 # 71 – 21, Torre B Piso 7, teléfono 601 3266210, la Compañía con la que efectivamente se suscriban contratos y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la(s) sociedad(es) matriz de la sociedad referenciada y con la que se suscriban contrato.

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__

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información declaro que conozco y acepto que el tratamiento se realice conforme a la Política de Privacidad de la Compañía, la cual se encuentra publicada en la página web, como responsable y encargado que estoy autorizando en el presente escrito.

1. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, **AUTORIZO** el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, para las nulidades y en los términos que me fueron informados en este documento y en la Política de Privacidad de Chubb Seguros Colombia S.A.
2. **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 que represento, que se tratarán atendiendo a su calidad como representante de la misma, siempre en el marco de la relación comercial. Por lo anterior, 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.
3. **DECLARACION Y AUTORIZACIÓN:** A través de este formulario, he presentado a Chubb Seguros Colombia S.A datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por Chubb Seguros Colombia S.A para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a Chubb Seguros Colombia S.A y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartería, lo indicaré por escrito a Chubb Seguros Colombia S.A y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales _____



Firma



Huella Dactilar