

**PERSONA JURÍDICA**

RAMO: ☐ VIDA ☐ SALUD ☐ AUTOMÓVIL ☐ PYMES ☐ VIDA GRUPO

NÚMERO DE PÓLIZA:

Fecha de diligenciamiento

D	M	A
---	---	---

Tomador ☐

Asegurado ☐

**CONSIDERACIONES GENERALES**

A) Que los datos solicitados en el presente formulario 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.

B) Que conforme con lo previsto en 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 norma, 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.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando como representante legal de \_\_\_\_\_ con NIT \_\_\_\_\_, ante SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., Y COMPAÑÍA SE

SEGUROS BOLIVAR S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), y ASISTENCIA BOLIVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA" cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

1. Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPAÑÍAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS.

2. Certifico que la información suministrada por mí, vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco que esta información servirá como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización. Además, autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

**DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES:**

3. Que la información de la empresa que represento y que registro en el presente formulario, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizamos a las mencionadas compañías para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente.

4. Que la actividad económica de la empresa que represento es lícita, la ejercemos dentro de los marcos legales y los dineros con los que se adquirieron los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro, provienen de la actividad de \_\_\_\_\_.

5. En caso de que la empresa que represento o alguno(s) de su(s) socio(s) sea(n) posible(s) sujeto(s) de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen nuestra información que corresponda al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe 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 de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria.

6. Que autorizamos a LAS COMPAÑÍAS, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) contraídas por la empresa que represento con aquellas, para que, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento del comportamiento financiero y crediticio de la empresa que represento por parte de los Usuarios de la Información (definidos en la Ley 1266 de 2008) reporte(n) a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) dineraria(s) contraída(s) con éstas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultados en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre el comportamiento de la empresa que represento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que hayamos adquirido. La permanencia de la información relacionada con el incumplimiento de nuestras obligaciones en las centrales de información financiera y crediticia dependerá del tiempo que haya durado nuestro incumplimiento y del momento en el cual se efectúe el pago, de conformidad con lo establecido en el Art. 13 de la Ley 1266 de 2008. He sido informado que en el evento en que lleguemos a estar interesados en adquirir un producto o servicio de las entidades vinculadas al Grupo al cual pertenecen LAS COMPAÑÍAS, autorizaré en el momento en que se haga la vinculación a la respectiva entidad, para que ésta efectúe el reporte del comportamiento de la empresa que represento a las centrales de información financiera y crediticia.

**ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:**

7. Que autorizamos a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información contenida en este Formulario que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen.

8. No obstante la anterior autorización, nos obligamos para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual nos comprometemos a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.

**9. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Aplica para débito o cargo automático para los productos de vida, salud, autos, hogar y tranquilidad pymes)** Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria

Corriente ☐ Ahorros ☐ Tarjeta de crédito ☐ número \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ en nombre de la empresa que represento, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a la tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de la entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo, en nombre de la empresa que represento para que la entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora, entendiendo que esto de ninguna manera me exime ni remplace mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

HUELLA A ÍNDICE DERECHO

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Información de la Entrevista			
Nombre del responsable de la entrevista		Clave	Cédula
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
Concepto general del cliente:			
Firma del responsable de la entrevista			

Verificación de la Información		
Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio?    SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Observaciones:		
Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	

Forma B-011 (Dis. Feb./18)