

APROBÓ: Sonia Esperanza Benitez
Gerencia de Indemnizaciones

REVISÓ: Lourdes del Pilar Pachon Zamudio

ELABORÓ: Robert Manrique
Profesional

INFORMACIÓN A SUMINISTRAR POR EL PENSIONADO

1. Nombre completo (pensionado de rentas o conmutación)

NOMBRE

2. Documento de Identidad del pensionado (en Colombia) Seleccione:

TIPO:

CC

TI

CE

OTRO

CUÁL

NÚMERO

3. Dirección completa de su domicilio actual

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

4. Fecha y lugar de nacimiento del pensionado

**FECHA DE
NACIMIENTO**

**PAÍS DE
NACIMIENTO**

**CIUDAD
DE NACIMIENTO**

5. ¿Residió en el exterior el año anterior al diligenciamiento de este formulario?

Seleccione: **SI**

NO

Si su respuesta es SI, diligencie la siguiente información, de lo contrario pase al punto 6.

5.1 País de residencia fiscal del año anterior

5.2 Dirección completa del domicilio en el país de residencia fiscal

CIUDAD

DIRECCIÓN

5.3. Documento de Identificación fiscal o tributario del pensionado, emitido por el país de residencia

TIPO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

NÚMERO

6. Si tiene alguna observación por favor diligenciar:

Al diligenciar el presente documento usted se está comprometiendo a comunicar cualquier cambio de circunstancias con respecto a su país de residencia fiscal, por lo tanto, en caso de que su residencia fiscal se traslade a otro país diferente al reportado en el presente documento usted deberá completar nuevamente este formulario y enviarlo al correo servicioalcliente@positiva.gov.co

Al diligenciar el presente documento usted está autorizando a POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. al tratamiento de sus datos personales. DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

La información suministrada a través de este formulario de auto reporte, deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados podrán ser sujetos de las sanciones previstas por la Administración de Impuestos Nacionales.

FIRMA DEL PENSIONADO

Fecha de diligenciamiento:

Estaremos atentos a solucionar cualquiera de sus inquietudes o información adicional a través de nuestro correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co y nuestra Línea de Atención al Cliente (601) 330 7000 en Bogotá, o al 01 8000 111 170 desde otras ciudades.

APROBÓ: Sonia Esperanza Benitez
Gerencia de Indemnizaciones

REVISÓ: Lourdes del Pilar Pachon Zamudio

ELABORÓ: Robert Manrique
Profesional

INFORMACIÓN A SUMINISTRAR POR EL PENSIONADO

1. Nombre completo (pensionado de rentas o conmutación)

NOMBRE INGRESAR EL NOMBRE DEL PENSIONADO

2. Documento de Identidad del pensionado (en Colombia) Seleccione:

TIPO: CC TI CE OTRO **CUÁL** ESPECIFICAR QUE OTRO TIPO DE DOCUMENTO **NÚMERO** INGRESAR EL NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

3. Dirección completa de su domicilio actual

DIRECCIÓN INGRESAR LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL **CIUDAD** CIUDAD **PAÍS** PAIS DE RESIDENCIA ACTUAL

4. Fecha y lugar de nacimiento del pensionado

FECHA DE NACIMIENTO DEL PENSIONADO **PAÍS DE NACIMIENTO** INGRESA PAIS DE NACIMIENTO **CIUDAD DE NACIMIENTO** INGRESA CIUDAD DE NACIMIENTO

SELECCIONAR LA OPCIÓN ESPECÍFICA SI RESIDIÓ O NO EN EL EXTERIOR

5. ¿Residió en el exterior el año anterior al diligenciamiento de este formulario?

Si su respuesta es SI, diligencie la siguiente información, de lo contrario pase al punto 6.

Seleccione: SI NO

5.1 País de residencia fiscal del año anterior

(DONDE DECLARA IMPUESTOS, PUEDE SER COLOMBIA U OTRO PAÍS)

5.2 Dirección completa del domicilio en el país de residencia fiscal

CIUDAD DE RESIDENCIA DEL PAÍS MENCIONADO EN EL PUNTO 5.1 **DIRECCIÓN** DE RESIDENCIA DEL PAÍS MENCIONADO EN EL PUNTO 5.1

5.3. Documento de Identificación fiscal o tributario del pensionado, emitido por el país de residencia

TIPO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL EMITIDA POR EL PAÍS DILIGENCIADO MENCIONADO EN EL PUNTO 5.1 **NÚMERO** EMITIDA POR EL PAÍS DILIGENCIADO MENCIONADO EN EL PUNTO 5.1

6. Si tiene alguna observación por favor diligenciar:

INGRESAR SI TIENE ALGUNA OBSERVACIÓN ADICIONAL EN ESTE ESPACIO, POR EJEMPLO EN CASO DE QUE RESIDA EN EL EXTERIOR PERO SU RESIDENCIA FISCAL SEA EN COLOMBIA

Al diligenciar el presente documento usted se está comprometiendo a comunicar cualquier cambio de circunstancias con respecto a su país de residencia fiscal, por lo tanto, en caso de que su residencia fiscal se traslade a otro país diferente al reportado en el presente documento usted deberá completar nuevamente este formulario y enviarlo al correo servicioalcliente@positiva.gov.co

Al diligenciar el presente documento usted está autorizando a POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. al tratamiento de sus datos personales. DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) suscripción y expedición de la póliza y el clausulado. (b) autorización de servicio. (c) cotización, colocación y ejecución de los seguros, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. (d) pago y reembolso de siniestros. (e) cancelación y revocación del seguro. (f) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. (g) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (h) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (i) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (j) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (k) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (l) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

La información suministrada a través de este formulario de auto reporte, deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados podrán ser sujetos de las sanciones previstas por la Administración de Impuestos Nacionales.

FIRMA DEL PENSIONADO

Fecha de diligenciamiento: DE ESTE FORMULARIO DD/MM/AAAA

Estaremos atentos a solucionar cualquiera de sus inquietudes o información adicional a través de nuestro correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co y nuestra Línea de Atención al Cliente (601) 330 7000 en Bogotá, o al 01 8000 111 170 desde otras ciudades.

Control de Cambios

N°	Descripción del Cambio	Fecha del Cambio	Quien Aprueba el Cambio	Versión Anterior