

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE CLIENTES PERSONA NATURAL**
**CLASE DE CLIENTE** Tomador  Asegurado  Beneficiario 
**INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:**

Fecha diligenciamiento		
DÍA	MES	AÑO

<b>Tomador - Asegurado</b>	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra
<b>Tomador - Beneficiario</b>	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra
<b>Asegurado - Beneficiario</b>	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra

**Cual** \_\_\_\_\_  
**Cual** \_\_\_\_\_  
**Cual** \_\_\_\_\_
**1. INFORMACIÓN GENERAL**
**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** \_\_\_\_\_ N°. Identificación \_\_\_\_\_  
 Tipo de identificación CC  CE  PA  TI  RC  Fecha de expedición \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencia \_\_\_\_\_ País - Dpto. - Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_
**DETALLE ACTIVIDAD**
 Asalariado  Independiente  Estudiante  Rentista  Socio  Pensionado   
 Código de Actividad "CIIU" \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Ocupación / Profesión \_\_\_\_\_ Nombre Empresa donde Trabaja \_\_\_\_\_ Cargo que Desempeña \_\_\_\_\_

 Dirección Empresa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_

 Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si  No  Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si  No  Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si  No 

 Actualmente es una persona políticamente expuesta Si  No  Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo \_\_\_\_\_

 Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si  No  Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro \_\_\_\_\_

 ¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si  No 

 Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información

 Padre  Hijo  Hermano  Nieto  Abuelo  Suegro  Yerno  Cuñado  Esposo   
 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_
**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**
 Total Activos \$ \_\_\_\_\_ Total Pasivos \$ \_\_\_\_\_  
 Ingresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_ Otros Ingresos \$ \_\_\_\_\_ Concepto (Otros Ingresos) \_\_\_\_\_  
 Egresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_ Otros Egresos \$ \_\_\_\_\_ Concepto (Otros Egresos) \_\_\_\_\_
**3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**
 Realiza transacciones en moneda extranjera? SI  NO  Tipo de Transacción: Importación  Exportación   
 Inversiones  Préstamos  Transferencias  Otros  Cuál? \_\_\_\_\_

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION**
**Declaro expresamente que:**

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). \_\_\_\_\_
- 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A, para verificar y solicitar aún después de mi fallecimiento a cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica completa.
- Yo, identificado como aparece al pie, en calidad de titular y por medio de la suscripción presente documento, otorgo mi autorización de manera libre, expresa e informada a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva"), sus autorizadas, filiales y subordinadas, en calidad de fuentes de la información conforme a la Ley 1266 de 2008, para que recolecte, almacene, use, procese, transmita o transfiera (el "Tratamiento") la información personal, crediticia y financiera contenida en centrales de información pública o privada con la función de determinar el riesgo financiero vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Financieros") a terceros como centrales de riesgo (Datacrédito y CIFIN) con la finalidad de determinar el riesgo financiero, mi puntaje de crédito, consultar mi comportamiento crediticio, financiero y comercial.  
 He sido informado que los terceros que se encuentren afiliados a Datacrédito y/o CIFIN podrán acceder y conocer esta información de acuerdo con la normativa aplicable en Colombia. También reconozco que la información puede ser utilizada para efectos estadísticos. En caso de que el autorizado por el presente documento realice una cesión a cualquier título u operación similar, los efectos de esta autorización se extenderá a éste en los mismos términos y condiciones. He sido informado que frente a Positiva, en calidad de fuente de la información tengo los siguientes derechos: 1. Ejercer los derechos fundamentales al hábeas data y de petición, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos de esta ley, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales. 2. Solicitar información o pedir la actualización o rectificación de los datos contenidos en la base de datos, lo cual realizará el operador, con base en la información aportada por la fuente, conforme se establece en el procedimiento para consultas, reclamos y peticiones. 3. Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS****1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de Seguro con las siguientes características:

**PERSONAS NATURALES, en caso de que el valor asegurado supere los 846 S.M.L.V.**

1. Constancia de ingresos y/o certificado de ingresos y retenciones
2. Declaración de renta del último año gravable disponible (Si declara)

**6. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros, respecto de cualquier asegurador en los dos (2) últimos años

Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación		Indemnización
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

**7. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales, Sensibles, Comerciales, niñas, niños y adolescentes de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012 <https://www.positiva.gov.co/web/guest/politica-de-tratamiento-de-la-informacion>; que junto con la presente autorización nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley. Lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual usted autoriza el tratamiento de sus datos.

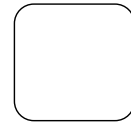
**DATOS PERSONALES:** Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes 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".

**8. 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 siguiente documento:

\_\_\_\_\_

**Firma cliente o apoderado**



**Huella**

**9. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

Lugar de la entrevista \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] Hora [ ]

Nombre Intermediario y/o Asesor Responsable \_\_\_\_\_

Firma Intermediario y/o Asesor Responsable \_\_\_\_\_

Resultado de la Entrevista \_\_\_\_\_

**10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha de Verificación: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] Hora [ ]

Nombre y Cargo de quien verifica \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Resultado de la Verificación \_\_\_\_\_

---

Sucursal \_\_\_\_\_ Número Póliza \_\_\_\_\_  
(Si la hay) (Si la hay)

Aprobó: Junta Directiva  
Revisó: Alexander Ruíz Ceballos - Oficial de Cumplimiento  
Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado

Código: EST\_3\_3\_1\_FR01  
Versión: 1  
Clasificación: Pública clasificada