



FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE INTERMEDIARIOS DE SEGUROS

TIPO DE INTERMEDIARIO

Agencia Agente

Fecha diligenciamiento

DIA MES AÑO

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____ N°. Identificación _____
Tipo de identificación CC CE PA 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 "CIUU" _____ E-Mail _____
¿Actualmente está laborando? Si No
Ocupación / Profesión _____ Nombre Empresa donde Trabaja _____ Cargo que Desempeña _____
Dirección Empresa _____ Ciudad _____ Celular _____ 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 vinculo 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 _____

PERSONA JURÍDICA

Razón social _____ NIT _____
Dirección oficina principal _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Celular _____
¿Cuenta con una sucursal o agencia? Si No
Dirección sucursal o agencia _____ País - Dpto. - Ciudad _____ Teléfono _____ Celular _____
Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Inversión extranjera Otra Cuál _____
Código de actividad CIUU _____ E-mail _____

2. IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

¿Cuenta con accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5 % del capital social, aporte o participación? Si No

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (en caso de persona jurídica, esta información será de la Compañía)

Total Activos \$ _____ Total Pasivos \$ _____
Ingresos Mensuales \$ _____ Otros Ingresos \$ _____ Concepto (Otros Ingresos) _____
Egresos Mensuales \$ _____ Otros Egresos \$ _____ Concepto (Otros Egresos) _____

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Tipo de Transacción: Importación Exportación
Inversiones Préstamos Trasferencias Otros Cuál? _____

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

5. 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
- Autorizo a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. para que me reporte a FASECOLDA y/o Superintendencia Financiera de Colombia en caso de Retención del Primas
- Autorizo 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 (Data crédito 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 Data crédito 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:
 - * 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.
 - * 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.
 - * Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

6. INFORMACIÓN CONTABLE Y/O TRIBUTARIA

Régimen fiscal:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Persona Natural o Jurídica Responsable del IVA | <input type="checkbox"/> | Persona Natural NO Responsable del IVA | <input type="checkbox"/> |
| Régimen Simple de Tributación | <input type="checkbox"/> | Persona Natural o Jurídica Responsable del IVA, acogido a la ley 1429 | <input type="checkbox"/> |
| Responsable de IVA, Gran Contribuyente | <input type="checkbox"/> | Responsable de IVA, Autorretenedor de Renta | <input type="checkbox"/> |
| Gran Contribuyente Autorretenedor de Renta y de ICA | <input type="checkbox"/> | Gran Contribuyente Autorretenedor de Renta | <input type="checkbox"/> |

7. INFORMACIÓN PARA CONSIGNAR COMISIONES

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de cuenta	Cuenta Número
_____	_____	_____	_____

8. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para POSITIVA COMPAÑIA 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-tratamientode-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 COMPAÑIA 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".

Si No

9. 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 del intermediario o Representante Legal



Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista _____

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

Nombre Funcionario Responsable _____

Firma Funcionario Responsanble _____

Resultado de la Entrevista _____

La entrevista la realiza el funcionario encargado del proceso de selección del intermediario

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

Nombre y Cargo de quien verifica _____

Firma _____

Resultado de la Verificación _____

La verificación se encuentra a cargo del superior jerárquico de quién realiza la entrevista