



**MAPFRE**  
**COLOMBIA**

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (PERSONA NATURAL)

| CLASE DE VINCULACIÓN                                                  | INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO) | FECHA DE VINCULACIÓN |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|
| TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>   | Familiar Comercial Laboral Personal                                                                                 | OFICINA              |                                          |
| ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> | Tomador - Asegurado                                                                                                 |                      |                                          |
| BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>                                 | Tomador - Beneficiario                                                                                              | DD MM AAAA           | PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>    |
|                                                                       | Asegurado - Beneficiario                                                                                            |                      | PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/> |
|                                                                       |                                                                                                                     |                      | INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>   |

| 1. PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                     |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                      |                                                                                          | NOMBRES                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NÚMERO              |                                                                                                                                       | LUGAR DE EXPEDICIÓN                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA DE EXPEDICIÓN                                                              |                     | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FECHA DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD                                                                                                                          | OTRA NACIONALIDAD?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL _____ |                                                                                                                                                                                                                                                   | ESTADO CIVIL                                                                     | ESTRATO             | Ocupación / Profesión                                           |
| TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     | TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAIS DIFERENTE A COLOMBIA?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOTIVO: _____ |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   | TIENE VISA AMERICANA?<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                     |                                                                 |
| HA ESTADO EN ESTADO EN ESTADOS UNIDOS: Excluye a las personas que actúan dentro del territorio de los Estados Unidos como Diplomáticos, Profesores, Estudiantes o Deportistas<br><input type="checkbox"/> 183 DÍAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 121 DÍAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR<br><input type="checkbox"/> 31 DÍAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input type="checkbox"/> 60 DÍAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | TIPO DE ACTIVIDAD<br>ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/><br>RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> |                                                                                  | ACTIVIDAD ECONOMICA |                                                                 |
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  | CARGO               |                                                                 |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     | DIRECCIÓN                                                                                                                             |                                                                                          | TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  | FAX                 |                                                                 |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | CIUDAD RESIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                     |                                                                 |
| TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     | CELULAR                                                                                                                               |                                                                                          | EMAIL                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |                     |                                                                 |
| INGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | ACTIVOS                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| EGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | PASIVOS                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | CONCEPTO OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                     |                                                                 |
| SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                     |                                                                 |
| TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                     |                                                                 |
| SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR DILIGENCIAR ANEXO SARLAFT DE CONOCIMIENTO AMPLIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                     |                                                                 |

| 2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES |                                                         |                |                          |                               |                          |                                      |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | IMPORTACIONES  | <input type="checkbox"/> | EXPORTACIONES                 | <input type="checkbox"/> | INVERSIONES <input type="checkbox"/> |
| PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | TRANSFERENCIAS | <input type="checkbox"/> | OTRA <input type="checkbox"/> | INDIQUE CUAL _____       |                                      |
| TIPO                                        | IDENTIFICACIÓN                                          | ENTIDAD        | MONTO                    | CIUDAD                        | PAIS                     | MONEDA                               |
|                                             |                                                         |                |                          |                               |                          |                                      |
|                                             |                                                         |                |                          |                               |                          |                                      |
|                                             |                                                         |                |                          |                               |                          |                                      |

| 3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS                                                                                                                                    |      |          |       |             |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------|-------------|---------------|
| RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |      |          |       |             |               |
| AÑO                                                                                                                                                                              | RAMO | COMPañÍA | VALOR | RECLAMACIÓN | INDEMNIZACIÓN |
|                                                                                                                                                                                  |      |          |       |             |               |
|                                                                                                                                                                                  |      |          |       |             |               |
|                                                                                                                                                                                  |      |          |       |             |               |

| 4. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Declaro expresamente que                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) _____                                                                                                                      |  |
| 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.                     |  |
| 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.                                                                                                   |  |
| 4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva. |  |

| 5. DOCUMENTOS REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Fotocopia legible del documento de identificación (Cedula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático). Se requerirá únicamente para negocios nuevos. |  |
| 2. Fotocopia legible del Registro Único Tributario - RUT- (Si la actividad económica es diferente a Pensionado, Asalariado, Ama de Casa o Estudiante).                                                                        |  |
| 3. Declaración de Renta del último período gravable disponible.                                                                                                                                                               |  |
| 4. APODERADO, Copia legible del poder firmado con conocimiento en notaría                                                                                                                                                     |  |

**Personas Expuestas Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016)-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Vinculados:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

#### 4. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Definiciones. Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

#### 7. FIRMA Y HUELLA

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.

HUELLA

#### 8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

|                                             |                                   |                                    |                      |                      |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| LUGAR DE LA ENTREVISTA                      | <input type="text"/>              |                                    |                      |                      |
|                                             | DÍA                               | MES                                | AÑO                  | HORA                 |
| FECHA DE LA ENTREVISTA                      | <input type="text"/>              | <input type="text"/>               | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| RESULTADO                                   | ACEPTADO <input type="checkbox"/> | RECHAZADO <input type="checkbox"/> |                      |                      |
| OBSERVACIONES                               | <input type="text"/>              |                                    |                      |                      |
| NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE | <input type="text"/>              |                                    |                      |                      |
| FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE  | <input type="text"/>              |                                    |                      |                      |

#### 9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

|                                         |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                                         | DÍA                  | MES                  | AÑO                  | HORA                 |
| FECHA DE LA ENTREVISTA                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| OBSERVACIONES                           | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN  | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| C.C.                                    | <input type="text"/> |                      |                      |                      |