

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

No. FORMULARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 SUCURSAL \_\_\_\_\_



En el evento que el empleado no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE VINCULACIÓN EMPLEADO	CÓDIGO DE NÓMINA
----------------------------------	------------------

## 1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
ASALARIADO					CIUU:	
C.C.	C.E.	T.I.	No. DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
R.C.	OTRO					
NACIONALIDAD			OCUPACIÓN / OFICIO		PROFESIÓN	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			ÁREA		CARGO	
CIUDAD		DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD		TELÉFONO / CELULAR	
GRUPO SANGUÍNEO		ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRÓNICO		

## 2. GRUPO FAMILIAR (Padres, Conyuge o Compañero permanente e Hijos)

NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO  
 ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO  
 ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO INDIQUE \_\_\_\_\_  
 ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO INDIQUE \_\_\_\_\_

## 3. EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2

## 4. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS ANUALES	\$ _____	ACTIVOS	\$ _____
EGRESOS ANUALES	\$ _____	PASIVOS	\$ _____
OTROS INGRESOS (ANUALES)	\$ _____		
CONCEPTO OTROS INGRESOS _____			

## 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Declaro expresamente que:
- 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.
  - La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
  - Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
  - Los recursos que poseo provienen de la actividad(es) anteriormente descritas.
  - De manera irrevocable autorizo a la Previsora S.A. Compañía de Seguros para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario y demás información relativa al cumplimiento de mis obligaciones civiles y/o comerciales adquiridas con la Compañía.

## 6. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUAL \_\_\_\_\_  
 INDIQUE OTRAS OPERACIONES \_\_\_\_\_  
 ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

## 7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
			\$		
			\$		
			\$		

## 8. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CONSIDERACIONES

- Que datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado y la financiación del terrorismo.
- Que conforme con lo dispuesto por 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 contenidos en dicha disposición, 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable los datos personales que se recolectan mediante este formulario se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por **LA ASEGURADORA LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).

Declaro expresamente:

**I.** Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA**, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales que comprende la actividad aseguradora.

**II.** Que **LA ASEGURADORA** me han informado, de manera expresa:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) 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 las reglamentaciones aplicables, xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial."

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA**. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. iv) **FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado para responderlas.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán: a) FASECOLDA cuya dirección es carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. b) INVERFAS S.A. cuya dirección es carrera 7 No. 26-20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. c) INIF – Instituto Nacional de Investigación y Prevención del fraude al seguro, cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel: 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

**III. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

**IV.** De manera irrevocable autorizo a la Previsora S.A. Compañía de Seguros para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario y demás información relativa al cumplimiento de mis obligaciones civiles y/o comerciales adquiridas con la Compañía.

## 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 PRESENTE DOCUMENTO.

HUELLA



FIRMA

## INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

### 10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	FECHA Día   Mes   Año	HORA	RESULTADO <input type="radio"/> Aceptado <input type="radio"/> Rechazado
OBSERVACIONES			
NOMBRE RESPONSABLE		FIRMA	

### 11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN Día   Mes   Año	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
OBSERVACIONES			
FIRMA			