

PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN–GCLI-3
PROCEDIMIENTO	Versión: 4
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 1 de 6

1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento del Cliente - Persona Natural, para la vinculación de un asegurado, tomador o beneficiario con la Compañía.

2 ALCANCE

El Presente documento aplica para todos los procesos de Suscripción e Indemnización de Seguros, y es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento.

3 DEFINICIONES

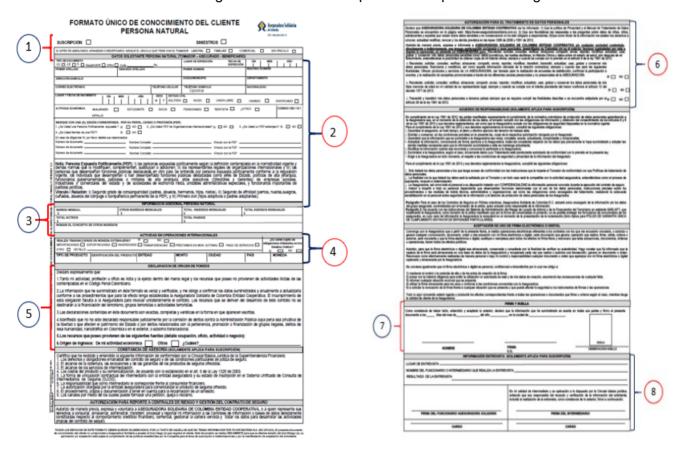
- **Código CIIU**: Es una clasificación uniforme de las actividades económicas por procesos productivos. Su objetivo principal es proporcionar un conjunto de categorías de actividades que se puedan utilizar al elaborar estadísticas sobre ellas.
 - Tiene por objeto satisfacer las necesidades de los que buscan datos clasificados referentes a categorías comparables internacionalmente de tipos específicos de actividades económicas.
- Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS): es un registro que proporciona a los consumidores financieros información actualizada y relevante sobre las personas naturales vinculadas (PNV) que ejercen labores de colocación de seguros, bien sea porque están directamente vinculados a las en entidades aseguradoras, porque ejercen la intermediación de seguros o porque se encuentran vinculados a un intermediario de seguros.
- Otros ingresos mensuales: Son los ingresos adicionales por vinculación laboral, mesadas pensionales independiente por cuenta propia u otros contratos.
- **Pensionado:** Es la persona que ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión.



PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
PROCEDIMIENTO	Versión: 4
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 2 de 6

4 CONTENIDO - IMAGEN DEL FORMATO

Para la lectura del instructivo tenga en cuenta la descripción de las partes de la siguiente manera:



Nota: Las partes con asterisco (*) son para uso exclusivo de la Aseguradora

4.1 PRIMERA PARTE:

El colaborador de la Agencia Propia o SEAS o el Intermediario debe diligenciar los espacios según corresponda (Suscripción de póliza o reclamación por siniestros)



Señale con x el vínculo de acuerdo con la relación que se tenga con el Tomador.



PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN–GCLI-3
PROCEDIMIENTO	Versión: 4
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 3 de 6

4.2 SEGUNDA PARTE: DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL

El Cliente debe diligenciar:

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)				
TIPO DE DOCUMENTO	LU DE EXPEDICIÓN FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA MES AÑO		
CC CE TI PASAPORTE OTRO CUÁL:				
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE (d)	SEGUNDO NOMBRE		
DIRECCIÓN DOMICILIO (e)	CIU f MUNICIPIO	DEPARTAMENTO (g)		
CORREO ELECTRÓNICO (h) TELÉFONO (j)LAR	TELÉFONO DOMICILIO Opcional	NACIONALIDAD		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO SEXO ESTADO I SOLTERIO	VIUDO UNION LIBRE	CASADO DIVORCIADO		
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO	PENSIONADO RENTISTA	TRO? CODIGO CIIU (*)		
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP): (p)			
, ,,	()	Es Usted un PEP extranjero? SI NO		
4. ¿Es Usted familiar de una PEP?				
En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados:				
Número de documento Nombre Completo	Vínculo con la PEP —			
Número de documento Nombre Completo	Vínculo con la PEP —			
Número de documento Nombre Completo	Vínculo con la PEP			
Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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. Vinculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).				

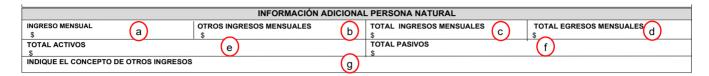
- **a. Tipo de documento:** Marque con X el tipo de documento de identidad, escriba el número correspondiente.
- **b.** Lugar y fecha de expedición: Escriba el lugar de expedición del documento de identidad, indicando día, mes y año.
- **c. Primer Apellido Segundo Apellido:** Escriba el primer y/o segundo apellido del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- **d. Primer Nombre Segundo Nombre:** Escriba el primer y/o segundo nombre del Tomador, asegurado o beneficiario según corresponda.
- e. Dirección domicilio: Escriba la dirección del domicilio de la persona natural.
- **f. Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- g. Departamento: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad.
- h. Correo Electrónico: Escriba el correo electrónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- i. Teléfono Celular: Escriba el número de celular del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- **j. Nacionalidad:** Escriba el país de origen del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- **k.** Lugar y fecha de nacimiento: Registre en formato día, mes y año la fecha de nacimiento y el lugar.
- I. Sexo: Seleccione el género según el caso, masculino o femenino.
- **m. Estado civil:** Seleccione el estado civil del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda según sea el caso.
- n. Actividad Económica: Seleccione el sector, en caso de seleccionar otro indique el detalle.



•	PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3
ra Solidaria	PROCEDIMIENTO	Versión: 4
ombia	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 4 de 6

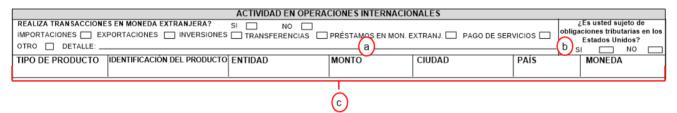
- o. Código CIIU: Este espacio es de uso exclusivo de Aseguradora Solidaria de Colombia.
- **p.** Marque con una (X), Según corresponda, por su perfil, cargo o profesión: Conteste las preguntas enunciadas, en caso de ser familiar o asociado de una Persona Expuesta Políticamente indique número de documento, Nombre completo y Vinculo PEP.

4.3 TERCERA PARTE: INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL



- a. **Ingreso mensual:** Escriba el valor de los ingresos mensuales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- b. **Otros ingresos mensuales:** escriba el valor de los ingresos adicionales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- c. Total ingresos mensuales: Escriba el valor total de los ingresos (ingresos + otros)
- d. **Total egresos mensuales:** Escriba el total de gastos mensuales del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- e. Total activos: Escriba el valor total de los bienes que posee el tomador/asegurado/beneficiario.
- f. Total pasivos: Escriba total de las deudas que posee el Tomador/ Asegurado/Beneficiario...
- g. Indique el concepto de otros ingresos: Describa el concepto por los otros ingresos mensuales.

4.4 ACTIVIDADES DE OPERACIONES INTERNACIONALES



- a. **Realiza Transacciones en moneda extranjera:** Seleccione SI o NO según corresponda, si su respuesta es SI, seleccione la opción que corresponda.
- b. **Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos:** Responda SI o NO según corresponda.
- c. Tipo de Producto: En caso de realizar transacciones en moneda extranjera escriba el tipo de producto, identificación del producto, nombre de entidad con quien se realiza la transacción, valor de la transacción, ciudad donde se realiza la transacción, país con quien realiza la transacción, moneda en que se realiza la transacción.



PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI-3	
PROCEDIMIENTO	Versión: 4	
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 5 de 6	

4.5 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS				
Declaro expresamente que:				
1.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 la contempladas en el Código Penal Colombiano.				
2.La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.				
3.Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.				
4.Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.				
5.Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):				
6.Origen de ingresos: De mi actividad económica Otros ¿Cuáles?				

Lea detenidamente la declaración de origen de fondos teniendo en cuenta los 6 numerales y diligencie el origen de sus fondos como persona natural.

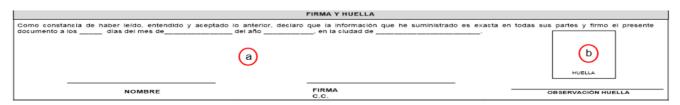
a. **Origen de Ingresos:** Marque con una (X) de donde proviene sus ingresos *Actividad Económica* u *Otros*; en caso de marcar "*Otros*" continúe diligenciando de donde procede sus ingresos

4.6 QUINTA PARTE: AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3)Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.
Autorizo de manera previa, expresa e informada a <u>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o <u>alquien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para :</u> Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012</u>
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA.
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el SI NO artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

Lea detenidamente las consideraciones enunciadas respecto al tratamiento de datos personales, posteriormente seleccione SI o NO para cada una de las tres autorizaciones.

4.7 SEXTA PARTE: FIRMA Y HUELLA





PROCESO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN–GCLI-3
PROCEDIMIENTO	Versión: 4
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE FÍSICO – PERSONA NATURAL	Página 6 de 6

- **a.** Diligencie los datos solicitados, Día Mes Año Ciudad, en que se diligencia el documento, nombre, firma y cédula del Tomador/ Asegurado/Beneficiario.
- **b. Huella:** Coloque la huella del Tomador/ Asegurado/Beneficiario y enuncie el nombre del dedo y la mano a la que hace referencia la huella en caso de no corresponder al índice derecho.

4.8 INFORMACION ENTREVISTA (Solo aplica para Suscripciones)

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)	
LUGAR DE ENTREVISTA		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVI	DMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA	O	
b FIRMA DEL FUNCIONARIO A SEGURADORA SOLIDARIA	En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación. C FIRMA DEL INTERMEDIARIO	
FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA	FIRMA DEL INTERMEDIARIO	
CARGO	CARGO	

- a. **Información Entrevista (Solamente para Suscripción):** Este espacio es de uso exclusivo para la Aseguradora o el intermediario de seguros dependiendo si el cliente es directo o a través del intermediario.
- b. **Firma del funcionario Aseguradora Solidaria y Cargo:** El funcionario de la aseguradora debe diligencia su cargo y firmar cuando la entrevista no ha sido realizada por el intermediario de seguros.
- c. **Firma del Intermediario y Cargo:** Lea con atención el texto enunciado, posteriormente firmar y escribir el cargo.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Vigente hasta	Cambio	Elaboró	Aprobó
1	Abril 2016	Actualización general de los campos del instructivo y las imágenes del formato FUCC.	Andrea Chaustre Santos	Alexander Galindo Beltrán
2	Marzo 2019	Actualización general de las autorizaciones de tratamiento de datos personales, reporte a centrales de riesgos, acuerdos de responsabilidad y uso de firma digital o electrónica	Camilo Silva	Alexander Galindo Beltrán
3	julio de 2021	Se Actualiza según la normatividad vigente Sarlaft 4.0	Nelly Beltrán /Sandra Barón	Alexander Galindo Beltrán