

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 1
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 1 de 5

1 OBJETIVO

Brindar la información para el correcto diligenciamiento del “Formato Conocimiento del Cliente Simplificado y Acuerdo De Responsabilidad Para Tratamiento De Datos Personales”, dentro del proceso de conocimiento de cliente de asegurados, tomadores o beneficiarios en la vinculación con la Compañía.

2 ALCANCE

El Presente documento aplica para los clientes asociados a procesos de Suscripción de Seguros y procesos de Indemnización con valor asegurado igual o inferior a 135 SMMLV y (ii) que el máximo pago anual de la prima sea igual o inferior a 6 SMMLV. En caso de ser ramo inequívoco, no es necesario que el cliente diligencie el Formato Conocimiento de Cliente Simplificado y Acuerdo de Responsabilidad, ni el Formato Único de conocimiento del Cliente. El formato objeto de este instructivo es gestionado a través de la Gerencia Oficial de Cumplimiento y debe ser cargado en la plataforma que dicha Gerencia tiene dispuesto para tal fin.

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 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 que tiene la entidad por otras actividades económicas diferentes a su actividad principal.

4 CONTENIDO

4.1 CONTENIDO - IMAGEN DEL FORMATO

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

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 1
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 2 de 5

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

CONSTANCIA DE ADESION

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1326 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.

Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 8 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

- Garantizar al titular, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
- Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el titular;
- Garantizar que la información que se suministra a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
- Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y
- Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
- Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
- Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del titular.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

- Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el tomador de conformidad con sus Políticas de Tratamiento de datos personales.
- La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora.
- La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato.
- Instalar e instruir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales. Instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los titulares.

Parágrafo: Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o como grupo asegurador, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

NOMBRES Y APELLIDOS _____ FIRMA _____ HUELLA _____

C.C. _____ OBSERVACIÓN HUELLA _____

4.2 DATOS SOLICITANTES PERSONA NATURAL

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA _____ MES _____ AÑO _____	
PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____	PRIMER NOMBRE _____	SEGUNDO NOMBRE _____
DIRECCIÓN DOMICILIO _____	TELÉFONO DOMICILIO _____	CIUDAD/MUNICIPIO _____	DEPARTAMENTO _____
CORREO ELECTRÓNICO _____	TELÉFONO CELULAR _____	OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX _____	

- Tipo de documento:** Marque con X el tipo de documento de identidad, escriba el número correspondiente.
- Lugar y fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad, indicando día, mes y año.
- Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y/o segundo apellido del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 1
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 3 de 5

- 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. **Teléfono domicilio:** Escriba el número de telefónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- g. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- h. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad.
- i. **Correo Electrónico:** Escriba el correo electrónico del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- j. **Teléfono Celular:** Escriba el número de celular del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.
- k. **Otro teléfono /Fijo/Fax:** Escriba otro número de telefónico fijo y/o fax del Tomador, Asegurado o Beneficiario según corresponda.

4.3 DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL a		NIT b		CORREO ELECTRÓNICO c	
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO d		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE e
	TIPO DE DOCUMENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN g		SEGUNDO NOMBRE
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. f		DÍA		MES
DIRECCIÓN DOMICILIO h		TELÉFONO i		CIUDAD/MUNICIPIO j	
				DEPARTAMENTO k	

- a. **Razón social:** Escriba el nombre de la entidad a vincular.
- b. **NIT:** Escriba el NIT de la razón social anteriormente descrita.
- c. **Correo electrónico:** Escriba un correo electrónico de contacto de la entidad a vincular.
- d. **Primer Apellido - Segundo Apellido:** Escriba el primer y segundo apellido del representante legal de la razón social descrita.
- e. **Primer Nombre - Segundo Nombre:** Escriba el primer y segundo nombre del representante legal de la razón social descrita.
- f. **Tipo de documento y número:** Marque con (X) el tipo de documento de identidad del representante legal y escriba el número correspondiente.
- g. **Lugar y fecha de expedición:** Escriba el lugar de expedición del documento de identidad del representante legal indicando día, mes y año.
- h. **Dirección domicilio:** Escriba la dirección del domicilio del representante legal.
- i. **Teléfono:** Escriba el teléfono del domicilio del representante legal.
- j. **Ciudad/Municipio:** Escriba el nombre de la Ciudad/Municipio en donde se ubica el domicilio del representante legal.
- k. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la ciudad de domicilio del representante legal.

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 1
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 4 de 5

4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)								
No.	T.DOC	N°.DOC	PRIMER APELLIDO /RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	ES CONSIDERADO PEP
1.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.		a		b			c	SI <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
3.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Aplica solamente para accionistas, socios o aportantes de la entidad/empresa a vincular que tengan una participación superior al 5% de la misma.

- Tipo y Número de Documento:** Escriba el tipo y número de documento de identidad (persona natural) o (persona jurídica) de todos los accionistas, socios o aportantes de la entidad/empresa a vincular y que tengan una participación superior al 5% de la misma.
- Razón Social o Nombre completo (Apellidos y Nombres):** Escriba la Razón Social o el nombre (1° y/o 2° Apellidos y 1° y/o 2° Nombres) de los accionistas, socios o aportantes descritos anteriormente en cada una de las filas.
- Porcentaje de participación:** Escriba el porcentaje de participación de cada socio descrito anteriormente.
- Es considerado PEP:** Seleccione SI o NO el accionista, socio o aportante es considerado una persona políticamente expuesta (PEP).

4.5 AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
<p>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: 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.</p>	
<p>Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA: 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.</p>	
<p>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.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">a</p>
<p>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.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

	PROCESO GESTIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	Código: IN-GCLI- 15
	PROCEDIMIENTO	Versión: 1
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SIMPLIFICADO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Página 5 de 5

- a. Lea detenidamente las consideraciones enunciadas respecto al tratamiento de datos personales, posteriormente seleccione SI o NO para cada una de las autorizaciones. Estas son de libre elección, siendo facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no será obligado a responderlas de alguna manera. En igual sentido como titular de la información le asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

4.6 FIRMA Y HUELLA

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 a los ____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.		
_____ NOMBRE	<div style="text-align: center;"> a </div> _____ FIRMA C.C.	<div style="text-align: center;"> b </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 10px auto; text-align: center; font-size: 8px;"> HUELLA </div> _____ OBSERVACION HUELLA

- a. Diligencie los datos solicitados: Día – Mes – Año – Ciudad, en que se diligencia el documento, nombre, firma y cédula del Representante Legal de la compañía a vincular.
- b. Plasme la huella de la Persona natural de quién se diligenció la información en el formato; en el caso de Personas Jurídicas: estampe la huella del Representante Legal de la compañía a vincular. Finalmente, en “Observación Huella” refiera el nombre del dedo y la mano con la cual se plasmó la impresión dactilar de la huella, en caso de no corresponder al índice derecho.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Vigente hasta	Cambio	Elaboró	Aprobó