

Clase de Vinculación Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otra Cuál? _____

Indique los vínculos existentes entre Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario: (Individualización del producto)

	Familiar	Comercial	Laboral	La misma persona	Otra
Tomador - Asegurado					
Tomador - Beneficiario					
Asegurado - Beneficiario					

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Razón o denominación social		NIT.		Digito Verificación
Datos Oficina Principal:	Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Datos Sucursal / Agencia:	Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sociedad extranjera <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> CIUI	Actividad Económica Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
Oficina de Representación <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál? _____	Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Cuál? _____			
E-mail				
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)	Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
\$	\$	\$	\$	\$
Concepto Otros Ingresos Mensuales				

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Tipo de documento		Número		Fecha de Nacimiento	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>				Día Mes Año	
E-mail		Dirección (Residencia)		Lugar de Nacimiento	
Ciudad		Departamento		País	
				Teléfono	
				Celular	
Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Indique: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

ADMINISTRADORES

¿Alguno de los Administradores (Representantes Legales o miembros de Junta Directiva) es una Persona Públicamente expuesta (ver definición en el pie de página "PEP") Si No Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:

Nombre	Tipo ID	Número ID	Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha de Desvinculación		
					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación)

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre o Razón Social	¿Es Persona Públicamente Expuesta, o Vinculado con una de ellas? (Aplica únicamente para personas naturales)	¿Está obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países?	Indique cual
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pase <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pase <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pase <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pase <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> Diplomático			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete 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 posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones Inversiones Productos financieros en el exterior Otro
 Si No Exportaciones Transferencias Cuentas en moneda extranjera Cuál? _____

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

Certificado de cámara y comercio y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LIBERTY SEGUROS S.A. Y LIBERTY SEGUROS DE VIDA

En mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de LIBERTY SEGUROS S.A. y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante LIBERTY) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.008.645-7 respectivamente, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.libertycolombia.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@libertycolombia.com o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LIBERTY, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo en caso que suscriba con LIBERTY, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora; vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LIBERTY y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LIBERTY tales como asesores y consultores; a mí(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LIBERTY, tales como: ajustadores de seguros, Call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos; 2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LIBERTY. 3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LIBERTY.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISION DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LIBERTY, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LIBERTY, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LIBERTY, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LIBERTY y a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

7. FIRMA Y HUELLA

"Como consecuencia 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 Dactilar

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Índice Derecho

8. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Lugar de la entrevista	Fecha de la Entrevista			Hora	Resultado
	Día	Mes	Año		
Observaciones					Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador	Clave				
FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR					