

Conocimiento del Cliente

PERSONA NATURAL

Vinculación

Actualización de Datos

Localidad

Fecha de diligenciamiento

D

M

A

Información General

Tomador

Asegurado

Apoderado

Suscriptor

Afianzado

Tipo de documento

No. de documento

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

C.C.

C.E.

T.I.

P.P.

Otro

D

M

A

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Nacionalidad

Estado civil

Sexo

Hobby

No. de hijos

F

M

Dirección de residencia

Ciudad de residencia

Teléfono residencia

No. celular

Correo electrónico

Actividad Económica

Profesión

Persona dependiente - Ocupación actual

Asalariado

Estudiante

Pensionado

Ama de casa

Empresa donde trabaja

Cargo que desempeña

Dirección del trabajo

Ciudad

Teléfono

Persona independiente - Descripción actividad económica principal

Código CIU - actividad económica persona independiente

Son Personas Públicamente Expuestas PEP: (I) Los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos, (II) Representantes de organizaciones internacionales y (III) Las personas que gozan de reconocimiento público.

De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?

SÍ

NO

¿Tiene vínculos familiares con una Persona Públicamente Expuesta?

SÍ

NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar:

Nombres y apellidos

No. de identificación

Parentesco

Cargo o actividad

Información Financiera

Total activos (cifras en pesos)

Total pasivos (cifras en pesos)

Total patrimonio (cifra en pesos)

Total ingresos mensuales (cifra en pesos)

Total egresos mensuales (cifra en pesos)

¿Recibe otros ingresos, ingresos adicionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal?

SÍ

NO

Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SÍ

NO

Tipo de moneda:

Euro

Dólar

Otra

¿Realiza operaciones internacionales?

SÍ

NO

Si su respuesta fue afirmativa, indique a continuación qué tipo de operación realiza:

Importación

Exportación

Inversiones

Compra y/o venta divisas

Préstamos

Transacciones o Giros

Pagos de Servicios

¿Posee productos financieros en el exterior?

SÍ

NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

Tipo de Producto

Identificación o No. del Producto

Entidad

Monto

Ciudad

País

Moneda

Reclamaciones

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años?

SÍ

NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

AÑO

RAMO

COMPAÑÍA

VALOR

INDEMNIZACIÓN

RECLAMACIÓN

(únicamente para vinculaciones de seguros) Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona

SÍ

NO

Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente

Familiar

Comercial

Laboral

Otra

¿cuál?

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Capitalizadora Bolívar S.A.

NIT. 860.002.503-2

NIT. 860.002.180-7

NIT. 860.006.359-6

Commutador: 3410077 • www.segurosbolivar.com

Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 Bogotá D.C. Colombia.

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Forma B-114 (Red./Feb./2019)

Declaraciones y Autorizaciones del Cliente

Yo, _____, identificado(a) con _____ No. _____ de _____, ante **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. Y SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.**, denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", y **ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.**, denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

(1). DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que: 1.1 La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley. 1.2 Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de _____. 1.3 He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras –FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU., y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria. 1.4 Entiendo que LAS COMPAÑÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

(2). ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

(3). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): 3.1. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines:

3.1.1 Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 3.1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 3.1.3 Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 3.1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 3.1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. 3.2. Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(4). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 4.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 4.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscritos. 4.3 Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 4.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 4.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 4.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades así como enriquecer la experiencia como cliente. 4.7 Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: ☐ SI ☐ NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio: _____.
Le recordamos que las finalidades del Numeral. 4.1 son necesarias para el desarrollo del contrato.

(5). GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial, así como para desarrollar actividades de conocimiento del cliente.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: ☐ SI ☐ NO

(6). DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Av. Calle 26 # 69-76 Torre 2 Piso 13 Centro Empresarial Elemento en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día _____ de _____ del año 20____.

FIRMA CLIENTE: _____

NOMBRE: _____

No. IDENTIFICACIÓN: _____ DE _____

Huella índice derecho

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista				Verificación de la Información		
Nombre del responsable de la entrevista		Clave	Cédula	Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio?		
				SÍ ☐ NO ☐		
Fecha de la entrevista				Observaciones:		
Hora						
Ciudad						
Localidad/Oficina						
Concepto general del cliente:						
Nombre del responsable de la verificación		Código	Cédula			
Cargo		Localidad				
Firma del responsable de la entrevista						