

**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**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres			
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			Número Documento de Identificación		Fecha de Expedición Día Mes Año		Lugar de Expedición
Fecha Nacimiento Día Mes Año		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad 1		Nacionalidad 2	Dirección Residencia
Ciudad Residencia		Departamento Residencia		E-mail		Teléfono Residencia	Celular
Actividad Principal Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual _____							CIUU
Ocupación / Oficio		Profesión		Cargo		Empresa donde trabaja	Dirección Laboral
Teléfono Laboral		Ciudad Laboral		Departamento Laboral		¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)	
Ingresos Mensuales (Pesos) \$ _____		Egresos Mensuales (Pesos) \$ _____		Otros Ingresos (Pesos) \$ _____		Activos (Pesos) \$ _____	Pasivos (Pesos) \$ _____
Concepto Otros Ingresos Mensuales							

Es usted una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (ver definición de "PEP" en el pie de página)		Descripción	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:			

Fecha de Ingreso Día Mes Año			Fecha de Desvinculación Día Mes Año			¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página)							
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:							
Vínculo/Relación		Nombre			Tipo ID	Número ID		Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso Día Mes Año		Fecha de Desvinculación Día Mes Año	

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		Especifique el País	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS < FAVOR DILIGENCIAR >**

- 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
  - Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

**3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Prestamos <input type="checkbox"/> Cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/>							
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Productos financieros <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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**

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.

## 6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo \_\_\_\_\_, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° \_\_\_\_\_, 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 LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en [www.libertycolombia.com.co](http://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.co](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com.co) 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 LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos: SI  NO

### 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), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) 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;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
- Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS. SI  NO

### AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, 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) 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, iii) 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. SI  NO

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia. SI  NO

## 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
_____ FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR					