

**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
<b>Datos Oficina Principal:</b>		Dirección	Ciudad		Teléfono
<b>Datos Sucursal / Agencia:</b>		Dirección	Ciudad		Teléfono
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)			
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 destinarán 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

## 6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

### CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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	