

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO Y ORDINARIO PARA PERSONA NATURAL- FEBRERO DEL 2025

1. Fecha de diligenciamiento <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>		2. Clase de Vinculación Tomador <input type="radio"/> Asegurador <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Contratante <input type="radio"/> Otro <input type="text"/>					
DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA NATURAL (Aplica para régimen simplificado y ordinario)							
3. Nombre completo				4. Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
5. Número de identificación		6. Fecha de expedición <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>		7. Producto o seguro a adquirir			
CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA NATURAL (Aplica solo para régimen ordinario)							
8. Nacionalidad 1		9. Nacionalidad 2		10. ¿Tiene usted obligaciones fiscales en otro país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		11. ¿Cuál(es)?	
12. Fecha de nacimiento <input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>			13. Dirección de residencia				
14. Ciudad de residencia			15. Departamento de residencia			16. Teléfono	
17. Celular		18. Correo electrónico					
INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) (Aplica solo para régimen ordinario)							
19. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP), según la definición contemplada en el Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adionen? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
20. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21. ¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP) de organizaciones internacionales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
22. ¿Tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho con una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
23. ¿Es usted un asociado cercano de una PEP? (Cuando la PEP sea socia o asociada de una persona jurídica y, además, sea propietaria directa o indirecta con una participación superior al 5% de la persona jurídica, o ejerza el control de la persona jurídica, en los términos del Artículo 261 del Código de Comercio). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
24. ¿Es usted familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, primera de afinidad y primero civil de una persona expuesta políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Si tiene algún tipo de relación con una persona expuesta políticamente (PEP), diligencie los siguientes campos:		25. Nombre (PEP)			26. Cargo		
INFORMACIÓN ECONÓMICA (Aplica solo para régimen ordinario)							
27. Ocupación (empleado)		28. Empresa donde labora			29. Cargo		
30. Actividad económica (indep.)		31. CIU		32. Producto o servicio que comercializa			
33. Activo	34. Pasivo	35. Patrimonio		36. Ingresos	37. Egresos	38. Otros ingresos	
39. Concepto de otros ingresos		40. Procedencia de los fondos para la adquisición del seguro					
41. ¿El pago de la prima se hará en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				42. ¿El pago de la prima se hará desde una cuenta del exterior? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS (Aplica solo para régimen ordinario)							
43. ¿Para la venta de este seguro hay asegurados, beneficiarios o afianzados diferentes al tomador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				44. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas naturales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
45. Información de los asegurados, beneficiarios o afianzados persona natural (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del documento de identificación para cada beneficiario.							
	Nombres y apellidos	Tipo de documento	Número	Fecha de expedición	¿El asegurado, beneficiario o afianzado es una persona políticamente expuesta (PEP)?	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?	
Asegurado, beneficiario o afianzado 1				<input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 2				<input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 3				<input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 4				<input type="text" value="Dia"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
46. ¿Son esos asegurados, beneficiarios o afianzados personas jurídicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
47. Información de los asegurados beneficiarios afianzados Persona Jurídica (si aplica). Se debe suministrar la fotocopia del Certificado de Existencia de Representación Legal. No aplica para Inscritos en RNVE.							
	Nombre de la empresa	NIT	Nombre y apellido (Representante Legal)	Tipo ID	No. ID	¿Es beneficiario de una póliza de seguros de vida u otras pólizas de seguro con componente de ahorro e inversión?	
Asegurado, beneficiario o afianzado 1						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 2						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 3						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Asegurado, beneficiario o afianzado 3						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Aplica para régimen simplificado y ordinario)							
Declaración de veracidad de la información, origen y destino de recursos, y actualización de información.							
Yo _____, identificado con No. _____ de _____ (o como aparezco identificado al pie de mi firma) en nombre y representación legal de (nombre del tomador) ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.; AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.; O AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (En adelante las COMPAÑÍAS), declaro: 1. Que toda la información que he suministrado y suministraré a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma en la que aparece descrita por lo tanto la falsedad, omisión o error en ella, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. 2. Que la actividad económica de la empresa que represento es lícita, que se ejerce dentro de los marcos legales y que los dineros y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato, son lícitos y provienen de _____. 3. Que los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas. 4. Que me obligo para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto. 5. En mi calidad de solicitante del seguro o servicio aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza o contrato. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la compañía y / o por el intermediario las exclusiones y el alcance o contenido de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros o contrato correspondiente.							

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPAÑÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministre, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera irrevocable, que en caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. 6. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS). 7. Autorizo a AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., FINANSEGURO S.A.S. o NIXUS CAPITAL HUMANO S.A.S. y a las entidades que aquellas deleguen, para ser contactado para gestión de cobranza, comercial y/o publicitaria, a través de cualquiera de los siguientes canales: llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico, mensajería en físico, mensajería por aplicaciones o web (p.e. WhatsApp). Según la Ley 2300 de 2023, conozco y acepto que debo ser contactado al menos por un canal. Así mismo, conozco y acepto que, para excluir algún canal de contacto, presentaré mi solicitud a través de los canales de atención dispuestos por AXA COLPATRIA.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A., Finanseguro S.A.S; o Nixus Capital Humano S.A.S., (en adelante LAS COMPAÑÍAS las cuales hacen parte del Grupo AXA en Colombia) serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, al suministrar mis datos personales a través de cualquier formato físico o electrónico puesto a mi disposición por LAS COMPAÑÍAS AUTORIZO DE MANERA LIBRE, PREVIA, EXPRESA E INFORMADA A LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios de seguros o salud propio de cada compañía requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer al cliente/ afiliado/ usuario, según el caso con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios de seguros o salud que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de cobranza, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros; vi) Realizar consulta de información relacionada con los aportes a la seguridad social, vii) Realizar transmisión y/o transferencia nacional e internacional en caso de ser necesario, con el fin de poder prestar los servicios de carácter técnico, operativo, humano y tecnológico requeridos y/o solventar las solicitudes del cliente así como las expuestas en la Política de Tratamiento de Datos de LAS COMPAÑÍAS; viii) realizar actividades de marketing, mercadeo, publicidad, prospección y retención comercial relacionados con los productos y/o servicios de LAS COMPAÑÍAS.

De otro lado entiendo que para el suministro de los servicios de seguro o de salud puede ser necesario el suministro de datos sensibles relacionados con el estado de salud pasado, presente o futuro, y que por lo tanto no estoy obligado a autorizar su tratamiento, no obstante al suministrarlos autorizo de manera expresa el tratamiento de los mismos.

Igualmente en caso de suministrar información necesaria para la prestación de los servicios de seguros o de salud a un niño, niña o adolescente, en respuesta y respeto a su interés superior y a sus derechos fundamentales, y entendiendo que este suministro no es obligatorio, al suministrar dicha información autorizo el tratamiento de sus datos personales, como representante legal del menor, quien entiendo las finalidades para las cuales serán tratados sus datos, según su grado de madurez y autonomía.

Declaro que he informado a los beneficiarios y terceros relacionados en el presente formulario, que sus datos personales serán tratados por las COMPAÑÍAS para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra el producto contratado.

Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web www.axacolpatria.co, y los establecidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de LAS COMPAÑÍAS, la cual se encuentra publicada en www.axacolpatria.co.

48. Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

49. Nombre del Intermediario de Seguros que hace el Procedimiento de Conocimiento del Cliente:

50. Nombre de quien verifica:	51. Cargo:	52. Número de cédula:
-------------------------------	------------	-----------------------

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se requiere adjuntar a) Fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% b) En caso de ser apoderado, adjuntar el poder. La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

FIRMA

USTED PUEDE FIRMAR DIRECTAMENTE ESTE DOCUMENTO O PUEDE UTILIZAR LA OPCIÓN DE REEMPLAZO DE FIRMA

Si desea optar por el Reemplazo de Firma, entonces:

"TEXTO DE REEMPLAZO DE FIRMA. Conforme a lo establecido en la normatividad SARLAFT, se debe realizar la verificación efectiva de la identidad de los potenciales clientes al momento de su vinculación utilizando datos e información de fuentes confiables e independientes, pudiéndose utilizar cualquier mecanismo tecnológico que garantice la realización de una verificación efectiva de la identidad del potencial cliente conforme a lo establecido en el Capítulo I del Título II de la Parte I de esta CBJ, a través del cual se puede verificar la identidad de una persona a partir de cualquiera de los factores de autenticación (algo que se sabe, algo que se tiene, algo que se es), sin perjuicio de cualquier otro mecanismo utilizado por la compañía para verificar su identidad, usted podrá remitir este formulario completamente diligenciado, a través de su correo electrónico registrado en este formulario, poniendo en el asunto solamente su número de identificación sin espacios, comas y puntos y adjuntando copia nítida de su documento de identificación, registrado en este formulario, por ambas caras, y remitirlo tanto a HYPERLINK "mailto:conocimiento.cliente@axacolpatria.co" conocimiento.cliente@axacolpatria.co como al email de su Asesor de Seguros. Mediante este hecho usted indica que la información contenida en este formulario cuenta con su aprobación, y autoriza el tratamiento de sus datos personales mediante una conducta inequívoca, considerando las observaciones que sobre dicha autorización usted haya registrado en el formulario.

Si desea firmar este documento, entonces:

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento:

Firme aquí

El SARLAFT es el sistema de administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, bajo la nueva circular 027 de septiembre del 2020, la cual empezó a regir a partir del 1 de septiembre del 2021

Según la nueva normatividad la identificación del nivel de riesgo y el procedimiento de conocimiento del cliente a se clasifica cumpliendo las siguientes reglas:

•**Régimen simplificado:** La norma tiene varios artículos que el negocio puede cumplir con el fin de ser clasificado dentro de este régimen. A continuación, se listan los artículos que la norma establece para régimen simplificado, sin embargo, los numerales más aplicados a los canales de emisión correspondiente a la compañía, son los que se encuentran resaltados en negrita.

- 4.2.2.2.1.4.4.1. Los tomados por entidades financieras, aseguradoras o sociedades administradoras de fondos de pensiones por cuenta de sus clientes.

- 4.2.2.2.1.4.4.2. Los relativos a la seguridad social.

- 4.2.2.2.1.4.4.3. Aquellos en que el tomador, asegurado, afianzado o beneficiario sea una persona jurídica bajo el régimen de derecho público, salvo los tomados por empresas industriales y comerciales del Estado y/o sociedades de economía mixta que no estén sometidas a inspección y vigilancia de la SFC.

- **4.2.2.2.1.4.4.4. Los contratos de reaseguro**

- **4.2.2.2.1.4.4.5. Los tomados mediante mercadeo masivo, bancaseguros, corresponsales y uso de red siempre que el pago de las primas se haga mediante descuento directo de cuenta de ahorros, cuenta corriente, tarjeta de crédito o cualquier forma de crédito otorgado por un establecimiento de crédito, y que el cliente haya autorizado expresamente el traslado.**

- 4.2.2.2.1.4.4.6. Aquellos tomados por personas naturales o jurídicas por cuenta y a favor de sus empleados, cuyo origen sea un contrato de trabajo o relación laboral, respecto de la información del asegurado y el beneficiario. En lo que hace al tomador, la información debe solicitarse en su totalidad.

- **4.2.2.2.1.4.4.7. Aquellos que las entidades aseguradoras están obligadas a expedir por disposición legal.**

- 4.2.2.2.1.4.4.8. Aquellos otorgados mediante procesos de licitación pública.

- 4.2.2.2.1.4.4.9. De cumplimiento cuando se celebren para garantizar el cumplimiento de contratos con entidades de carácter público.

- 4.2.2.2.1.4.4.10. De accidentes personales en vuelo.

- **4.2.2.2.1.4.4.11. Los contratos de coaseguro para las compañías distintas a la líder.**

- 4.2.2.2.1.4.4.12. Pólizas judiciales.

- **4.2.2.2.1.4.4.13. De salud.**

- 4.2.2.2.1.4.4.14. Exequiales.

- **4.2.2.2.1.4.4.15. Los seguros tomados por personas naturales que cumplan con los siguientes requisitos de forma simultánea: (i) que el valor asegurado sea igual o inferior a 135 SMMLV y (ii) que el máximo pago anual de la prima sea igual o inferior a 6 SMMLV.**

Régimen ordinario: Son todos aquellos negocios que *no cumplan con alguna* de las condiciones listadas en los artículos que la norma establece para régimen simplificado.