

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			Fecha de Desvinculación			¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Públicamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página)							
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	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			Fecha de Desvinculación			
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	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 destinaran 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 y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: 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		
					Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
Observaciones					
Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador		Clave			
_____ FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR					