Formulario de Conocimiento del cliente Persona Natural
Disposiciones contenidas en la Circular Básica Jurídica
Superintendencia Financiera de Colombia

Fecha Diligenciamiento

Día	Mes	Año
25	12	2024

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	walter garcia mena			x	
Tomador - Beneficiario					
Asegurado - Beneficiario	personeria de carepa		x		

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
garcia	mena	walter

Tipo de Documento: C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ] PAS [ ] NIT [■] Otro [ ] _____ | Número Documento de Identificación: 901186929-3 | 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 [ ] Comerciante [ ] Estudiante [ ] Hogar [ ] Independiente [ ] Inversionista [ ] Pensionado [ ] Rentista [ ] Socio [ ] Otra [ ] Cual _____ | CIIU

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) Si [ ] No [■] Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie: | Descripción

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 "Vinculo" en el pie de página) Si [ ] No [ ] 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? Si [ ] No [ ] Especifique el País

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS < FAVOR DILIGENCIAR >

Declaro expresamente que:

1. 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.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. 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? Si [ ] No [ ]

Importaciones [ ] Inversiones [ ] Pago de servicios [ ] Prestamos [ ] Cuentas en moneda extranjera [ ]
Exportaciones [ ] Transferencias [ ] Giros [ ] Productos financieros en el exterior [ ] Otro [ ] 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PEP - Persona Expuesta Públicamente: 1) Las Personas Expuestas Políticamente de acuerdo con el Decreto 1674 de 2016, es decir, aquellos individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos; 2) Los representantes de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público.

Vinculo: las personas que tengan sociedad conyugal de hecho o de derecho, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos y nietos), segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros y cuñados) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos) con una Personas Expuesta Públicamente.

6. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES LIBERTY SEGUROS S.A. Y LIBERTY SEGUROS DE VIDA

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 LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante LIBERTY) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.008.645-7 respectivamente, 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 o del teléfono1-3077050; 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 LIBERTY, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos:

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 con LIBERTY, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:
1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; 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: vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LIBERTY y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LIBERTY tales como asesores y consultores; a mí(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LIBERTY, tales como: ajustadores de seguros, Call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos; 2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LIBERTY. 3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LIBERTY.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISION DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LIBERTY, sea compartida, intercambiada, transmitida, 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) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) 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, iv) 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.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LIBERTY y a LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S., para que con fines estadísticos, de tarifación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

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

Índice Derecho

_____

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

8. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

Lugar de la entrevista	Fecha de la Entrevista (Día / Mes / Año)	Hora	Resultado
			Aprobado ☐ Rechazado ☐

Observaciones

Nombre Intermediario/ Asesor responsable / Entrevistador	Clave	
		FIRMA INTERMEDIARIO/ ASESOR RESPONSABLE / ENTREVISTADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA