

# FORMATO DE RECLAMACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO											
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____					OCUPACIÓN						
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	SEXO M   F	EDAD					
DATOS DEL TOMADOR											
TIPO DE DOCUMENTO NIT No. 899999061-9					RAZON SOCIAL SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO						
DIRECCIÓN AVENIDA EL DORADO NO. 66-63			TELÉFONO 6013241000		CIUDAD / MUNICIPIO Bogotá		DEPARTAMENTO Bogotá D.C				
INFORMACIÓN DEL SINIESTRO											
CAUSA						FECHA DEL EVENTO		DÍA	MES	AÑO	
VALOR RECLAMADO \$					AMPARO AFECTADO:						
ENTIDAD QUE ATENDIÓ EL EVENTO											
DATOS SOLICITANTE BENEFICIARIO											
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____					LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN			AÑO	
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO					CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO				
CORREO ELECTRÓNICO				CELULAR		TELÉFONO DOMICILIO Opcional		NACIONALIDAD			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	SEXO M   F	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>					
CORREO FACTURA ELECTRONICA							TELÉFONO/CELULAR FACTURA ELECTRÓNICA				
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ASALARIADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	SOCIO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>	¿OTRO? <input type="checkbox"/>	CODIGO CIU * _____			
DETALLE:											
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):											
1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados:											
Número de documento _____		Nombre Completo _____			Vínculo con la PEP _____						
Número de documento _____		Nombre Completo _____			Vínculo con la PEP _____						
Número de documento _____		Nombre Completo _____			Vínculo con la PEP _____						
Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los 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. Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).											
INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL											
INGRESO MENSUAL \$			OTROS INGRESOS MENSUALES \$			TOTAL INGRESOS MENSUALES \$		TOTAL EGRESOS MENSUALES \$			
TOTAL ACTIVOS \$					TOTAL PASIVOS \$						
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS											
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES											
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos?				
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>		INVERSIONES <input type="checkbox"/>		TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>		PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/>		PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO		ENTIDAD		MONTO		CIUDAD		PAÍS	MONEDA
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS											
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 éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.											
3. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.											
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.											
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):											
6. Origen de ingresos: De mi actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____											
AUTORIZACIÓN PAGO DE SINIESTRO											
Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a <b>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA</b> , para que la indemnización sea girada a la cuenta que se indica a continuación:											
TIPO DE CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>			NOMBRE DEL BANCO				NUMERO DE CUENTA BANCARIA				
Manifiesto no presentar reclamación por otros seguros que cubran el mismo evento y que con la aceptación y recibo de la precitada indemnización, exonero de toda responsabilidad a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa por lo cual los declaro a paz y salvo por todo concepto. <b>Nota:</b> El pago de la indemnización queda sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza, a la acreditación de la ocurrencia del siniestro, la cuantía de la pérdida y a la normatividad que regula el contrato de seguros											
AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO											
Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a <b>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA</b> , o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.											
Consideraciones:											
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.											
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.											
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.											
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.											
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.											

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico [tratamientodatos@solidaria.com.co](mailto:tratamientodatos@solidaria.com.co).

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: [fasecolda@fasecolda.com](mailto:fasecolda@fasecolda.com) Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: [inverfas@fasecolda.com](mailto:inverfas@fasecolda.com) Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: [directoroperativo@inif.com.co](mailto:directoroperativo@inif.com.co) Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

### CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

### FIRMA Y HUELLA

Como constancia 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 a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA  
Tipo y N° Documento:



\_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN HUELLA