

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO Y ORDINARIO PARA PERSONA NATURAL - FEBRERO 2026

1. Fecha de diligenciamiento		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="radio"/>				
<b>DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA NATURAL (Aplica para régimen simplificado y ordinario)</b>						
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				
<b>CAMPOS ADICIONALES DE LA PERSONA NATURAL (Aplica solo para régimen ordinario)</b>						
8. Nacionalidad o país de nacimiento.		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		13. Dirección de residencia				
14. Ciudad de residencia		15. Departamento de residencia				
16. Teléfono		17. Celular				
18. Correo electrónico						
<b>INFORMACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) (Aplica solo para régimen ordinario)</b>						
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				
<b>INFORMACIÓN ECONÓMICA (Aplica solo para régimen ordinario)</b>						
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"/>				
<b>INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL PRODUCTO DE SEGUROS (Aplica solo para régimen ordinario)</b>						
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					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 2					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 3					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asegurado, beneficiario o afianzado 4					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"/>

 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 VIGILADO

# SOLICITUD DE CRÉDITO PARA FINANCIACIÓN DE PÓLIZAS



FINANSEGURO S.A.S. NIT 900.567.947-8, es una compañía del grupo AXA COLPATRIA que actúa de manera independiente a la aseguradora, la cual le ofrece al cliente la opción voluntaria de financiar el pago del seguro asociado.

MONTO SOLICITADO \$	PLAZO (Mínimo 3, máximo 10 meses - Vida pago único, máximo 60 meses)	
<b>INCLUSIÓN SEGURO DEUDORES</b> <b>Para los asegurados cuyo valor asegurado es igual o inferior a \$5.000.000 y su edad es inferior a 70 años + 364 días a la fecha de ingreso a la póliza. Solo será obligatorio el diligenciamiento de la aceptación del seguro.</b>		
<b>SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DEUDOR</b> Con la presente, manifiesto mi deseo de ser incluido como asegurado en la póliza de Grupo Deudores, por lo cual suministro los siguientes datos:		
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (MARCAR SEGÚN CORRESPONDA)	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA <input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	
DIAGNÓSTICO <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		
¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO ¿CUÁL?		
<ol style="list-style-type: none"><li>El (los) solicitante(s) arriba citado(s) declara(mos), que lo anotado en esta solicitud es verídico, que mi (nuestro) estado de salud es normal, y que no sufro (sufrimos) ni he (hemos) sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o trastornos relacionados con el SIDA.</li><li>FINANSEGURO S.A.S, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi (nuestro) fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi (nuestro) verdadero estado de salud, en el momento de aceptarse el seguro (Artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio).</li><li>Como solicitante(s) de esta póliza, autorizo(amos) expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.</li></ol>		
Beneficiario <b>FINANSEGURO S.A.S.</b> <b>Recuerde diligenciar la aceptación del seguro.</b> ¿Acepta la inclusión del seguro deudores? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <b>Nota: Suscribo este documento en señal de aceptación de las anteriores declaraciones.</b>		
_____ Nombre del Asegurado	_____ Firma del Asegurado	_____ C.C.
<b>CONDICIONES Y AUTORIZACIONES DE FINANCIACIÓN - FINANSEGURO</b>		
<p>FINANSEGURO S.A.S. con NIT. 900.567.947-8, de acuerdo con sus políticas y sujeto a análisis y aprobación, ofrece un crédito para el pago de la(s) prima(s) de póliza(s) de seguro expedidas por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y/o AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., La aprobación del crédito constará en la carta de aprobación que será enviada por FINANSEGURO S.A.S., a las direcciones de contacto de la carátula, en la que informarán detalladamente todas las condiciones del crédito, tales como cuantía, cuota, tasa de interés y canales de servicio al cliente, y sólo se generarán efectos jurídicos de la relación comercial a partir de la aprobación del crédito.</p> <p>FINANSEGURO S.A.S., realizará el desembolso del valor del crédito aprobado directamente a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y/o AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., toda vez que FINANSEGURO S.A.S. es una compañía diferente a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. y por tanto, el incumplimiento de las obligaciones del crédito del pago de la(s) prima(s) no puede justificarse en supuestos relacionados con la(s) póliza(s) de seguro objeto de financiación.</p> <p>El pago de las obligaciones derivadas del crédito debe ser realizado de forma mensual (mes vencido) sin necesidad de requerimiento previo de FINANSEGURO S.A.S., en las fechas y por los montos establecidos. En el evento que realice el pago de forma extemporánea o parcial, la tasa de interés de mora que debo asumir corresponderá a la máxima legal vigente. La financiación de la(s) póliza(s) permite realizar pagos anticipados de cuotas o saldos en forma total o parcial.</p>		
Mediante el presente documento el titular del crédito otorga a FINANSEGURO S.A.S., las siguientes autorizaciones:		
<ol style="list-style-type: none"><li>Autorizo expresa e irrevocablemente a FINANSEGURO S.A.S. o a quien lo represente para solicitar, consultar o reportar ante cualquier entidad que administre bases de datos, todo lo relativo a la información comercial y el cumplimiento de sus obligaciones en cualquier tiempo, dentro de los términos legales. Por tanto, acepto que FINANSEGURO S.A.S., pague la(s) prima(s) única y exclusivamente después de validada y confirmada la veracidad de la información consignada en este documento y/o formulario de conocimiento del cliente.</li><li>Autorizo a FINANSEGURO S.A.S., AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. (según aplique) 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</li><li>Autorizo a FINANSEGURO S.A.S., a que en caso de renovación de la(s) póliza(s) objeto de financiación envíe a mi dirección de contacto el pre-aprobado del crédito de las primas de la(s) nueva(s) póliza(s), así como las condiciones y la factura del nuevo crédito. FINANSEGURO tomará como aceptación del nuevo crédito el pago del valor de la primera factura enviada, siendo este nuevo crédito válido para todos los efectos legales, con los documentos firmados y soportes aportados por mí en el crédito inicial.</li></ol>		

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
VIGILADO

Mediante el presente documento el titular del crédito otorga a FINANSEGURO S.A.S., las siguientes autorizaciones:

1. Autorizo expresa e irrevocablemente a FINANSEGURO S.A.S. o a quien lo represente para solicitar, consultar o reportar ante cualquier entidad que administre bases de datos, todo lo relativo a la información comercial y el cumplimiento de sus obligaciones en cualquier tiempo, dentro de los términos legales. Por tanto, acepto que FINANSEGURO S.A.S., pague la(s) prima(s) única y exclusivamente después de validada y confirmada la veracidad de la información consignada en este documento y/o formulario de conocimiento del cliente.
2. Autorizo a FINANSEGURO S.A.S., AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. (según aplique) 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
3. Autorizo a FINANSEGURO S.A.S., a que en caso de renovación de la(s) póliza(s) objeto de financiación envíe a mi dirección de contacto el pre-aprobado del crédito de las primas de la(s) nueva(s) póliza(s), así como las condiciones y la factura del nuevo crédito. FINANSEGURO tomará como aceptación del nuevo crédito el pago del valor de la primera factura enviada, siendo este nuevo crédito válido para todos los efectos legales, con los documentos firmados y soportes aportados por mí en el crédito inicial.

El titular del crédito en su calidad de tomador y/o asegurado de la(s) póliza(s) de seguro financiada(s) por FINANSEGURO S.A.S.:

1. Autoriza y apodera de manera especial, expresa, suficiente e irrevocable a FINANSEGURO S.A.S., para que en el evento de incurrir en mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones a su cargo, contraídas y/o que llegare a contraer por concepto de la financiación de primas de seguros, tramite en su nombre y representación: a) La revocación de la(s) póliza(s) objeto de la financiación de primas, b) La devolución y obtención de la prima no devengada y/o el pago de los valores de cesión ahorro o rescate en caso de seguros de vida, c) Aplique el valor de la prima no devengada y/o el valor de rescate al saldo de mi(s) obligación(es) de financiación.

El titular del crédito deberá cumplir con las obligaciones contraídas con FINANSEGURO S.A.S., sin perjuicio de la revocatoria, rescisión, modificación, terminación o inexistencia de la(s) póliza(s) de seguro financiada(s), teniendo en cuenta que cualquier reclamación relacionada o derivada de la(s) póliza(s) deberá ser presentada a la compañía de seguros.

En caso que el valor devuelto por la compañía aseguradora AXA COLPATRIA no alcance a cubrir el saldo total del crédito pendiente de pago, el titular del crédito deberá pagar inmediatamente a FINANSEGURO S.A.S., la(s) obligación(s) pendiente por cancelar. Este pago deberá incluir los intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la ley, los cuales se causarán por cada día de mora hasta la cancelación total de la obligación.

2. Autorizo a la compañía de seguros para que en caso de siniestro(s) cubierto(s) con la(s) póliza(s) financiada(s) y siempre que exista un saldo en la financiación, pague con la indemnización de la póliza de seguro a mi favor, el saldo de la obligación a cargo del titular del crédito de la financiación de la(s) prima(s) de seguros, en primera instancia a FINANSEGURO S.A.S., según la certificación que emita esta compañía con el saldo de lo(s) crédito(s).
3. Autorizo a la compañía de seguros a que en el evento en el cual, por modificaciones a la(s) póliza(s) se generen montos de primas a devolver y/o existan valores de cesión, ahorro o rescate (en caso de seguros de vida) a mi favor, gire ese dinero a FINANSEGURO S.A.S., y ésta lo utilice para abonar a mis obligaciones de crédito pendientes de pago.
4. Autorizo a la compañía aseguradora para que cuando opere la revocatoria de la(s) póliza(s) de seguro por cualquiera de las partes, o la terminación por cualquier causa de aquellas, gire a FINANSEGURO las primas no devengadas hasta el(los) saldo(s) de mi(s) obligación(es) crediticias.

Acepto y conozco que FINANSEGURO S.A.S. ,no será responsable conmigo, ni con terceros, por la revocación unilateral de la(s) póliza(s) de seguro que solicite y gestione en virtud de mis autorizaciones, toda vez que las autorizaciones aquí otorgadas son la garantía para el otorgamiento del crédito de financiación de la(s) prima(s). Tampoco será responsable en caso de siniestro posterior a la finalización del aseguramiento, ni por los desembolsos que la(s) aseguradora(s) entregue a FINANSEGURO para satisfacer el saldo del crédito a mi cargo.

Declaro que FINANSEGURO S.A.S. informé todas y cada una de las condiciones del crédito y, en virtud de tal entendimiento, decido suscribir el presente documento.

Para constancia se suscribe en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

#### 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 suministrare a través de cualquier medio es veraz, actual, completa, exacta, comprobable, comprensible y pertinente en la forma en la que aparecadescrita 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.

#### 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 ÍUMANO 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 entiende 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](http://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](http://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 (Aplica para régimen simplificado y ordinario)

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

Nombres y apellidos

C.C.

## ANEXO DE LOS FCC (PARA CLASIFICACIÓN DEL REGIMEN)

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.