FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

asegurado con ACE

Fecha DD/MM/AAAA | Sucursal y ciudad

Apreciado cliente. El diligenciamiento del presente formulario nos permite realizar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de acuerdo con el Título I, Capítulo XI de la Circular Básica Jurídica. La ejecución de este proceso es de carácter obligatorio para ACE Seguros S.A. como entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, y forma parte de los lineamientos del grupo ACE a nivel global.

CLASE DE VINCULACIÓN

◯ TOMADOR ◯ ASEGURADO ◯ AFIANZADO ◯ BENEFICIARIO ◯ INTERMEDIARIO ◯ PROVEEDOR ◯ OTRA Cuál?

MARQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, Y BENEFICIARIO

	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	NINGUNO	OTRA, CUAL
TOMADOR - ASEGURADO	◯	◯	◯	◯	
TOMADOR - BENEFICIARIO	◯	◯	◯	◯	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	◯	◯	◯	◯	

1. Datos Persona Natural

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

◯ ASALARIADO ◯ INDEPENDIENTE ◯ ESTUDIANTE ◯ RENTISTA ◯ SOCIO ◯ PENSIONADO ◯ AMA DE CASA | CÓDIGO CIIU DE ACTIVIDAD ECONÓMICA:

◯ C.C. ◯ C.E. ◯ T.I. ◯ R.C. ◯ OTRO | NÚMERO | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN | FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD | OCUPACIÓN / OFICIO | PROFESIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | ÁREA | CARGO

CIUDAD | DIRECCIÓN DE LA EMPRESA | TELÉFONO | E-MAIL

DIRECCIÓN RESIDENCIA | CIUDAD | TELÉFONO / CELULAR/FAX

2. Datos Persona Jurídica

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL | NIT.

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

◯ C.C. ◯ C.E. | NÚMERO | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL | CIUDAD | TELÉFONO | FAX

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA | CIUDAD | TELÉFONO | E-MAIL

TIPO DE EMPRESA

◯ PÚBLICA ◯ MIXTA ◯ PRIVADA

ACTIVIDAD ECONÓMICA

◯ INDUSTRIAL ◯ COMERCIAL ◯ TRANSPORTE ◯ CONSTRUCCIÓN ◯ AGRÍCOLA ◯ CIVIL ◯ SERVICIOS FINANCIEROS

◯ OTRA, CUAL: | CÓDIGO CIIU DE ACTIVIDAD ECONÓMICA

3. Declaración de Persona Expuesta Públicamente (PEPs)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? ◯ SI ◯ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERECE ALGÚN GRADO DE PODER PUBLICO? ◯ SI ◯ NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? ◯ SI ◯ NO

Si respondió afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique

4. Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	◯ C.C. ◯ C.E. ◯ T.I. ◯ NIT	
	◯ C.C. ◯ C.E. ◯ T.I. ◯ NIT	

5. Información Financiera

INGRESOS MENSUALES $

EGRESOS MENSUALES $

OTROS INGRESOS MENSUALES $

ACTIVOS $

PASIVOS $

CONCEPTO OTROS INGRESOS

6. Actividad en Operaciones Internacionales

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? ◯ SI ◯ NO

◯ IMPORTACIONES ◯ INVERSIONES ◯ LEASING ◯ PAGO DE SERVICIOS ◯ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA

◯ EXPORTACIONES ◯ TRANSFERENCIAS ◯ REDESCUENTO ◯ OTRA, indique cual:

TIPO DE PRODUCTO	NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

7. Información sobre Reclamaciones de Seguros

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
			$		
			$		
			$		

8. Declaración de Origen de Fondos

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio): Cual
2. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. El Tomador, Asegurado y/o beneficiario autorizan a la compañía para que con fines estadísticos y de informacion entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y démas información que surja del presente contrato el cual el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario declaran conocer y aceptar en todas sus partes.
5. Cláusula para Apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
6. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

9. Documentos Requeridos

En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia del documento de identificación (para personas jurídicas, se debe adjuntar el del representante legal)

PERSONA NATURAL

1. Constancia de ingresos (honorarios laborales,certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda).
2. Declaración de Renta del último período gravable disponible (si declara).
3. Original del Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a tres (3) meses, expedido por la Cámara de Comercio.
4. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.

PERSONA JURÍDICA

1. Original del Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a tres (3) meses, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
4. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible ó estados financieros.

APODERADO

Poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

10. 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

FIRMA CLIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Huella índice derecho

11. Información de Entrevista

1. Fecha DD/MM/AAAA 2. Ciudad

3. Nombre del Intermediario o Asesor _____

4. Lugar de la entrevista_____

5. Observaciones_____

6. Resultado de la Entrevista: ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐

7. Firma y Cédula_____

12. Información de Verificación de Información

1. Fecha DD/MM/AAAA 2. Ciudad

3. Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

4. Lugar de la verificación _____

5. Observaciones_____

6. Firma y Cédula_____