

**VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y/O RELACIONADOS**

Fecha de Versión

19/06/2014

Versión

5

Código

CO FO 05

EN EL EVENTO QUE EL POTENCIAL VINCULADO NO CUENTE CON LA INFORMACION SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERA CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

FECHA

DÍA

MES

AÑO

CIUDAD

TIPO DE SOLICITUD:

 VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN

CLASE DE VINCULACIÓN:

TOMADOR

ASEGURADO

Beneficiario

PROVEEDOR

INTERMEDIARIO

OTRA

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRES:

IDENTIFICACIÓN:

C.C.

T.I.

C.E.

R.C.

OTRO

NÚMERO:

FECHA DE EXPEDICIÓN:

DÍA

MES

AÑO

LUGAR:

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA

MES

AÑO

Nacionalidad 1

NACIONALIDAD 2:

OCUPACIÓN/OFICIO:

PROFESIÓN:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

ESTUDIANTE

AMA DE CASA

RENTISTA

SOCIO

PENSIONADO

INDEPENDIENTE

ASALARIADO

CIU

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:

ÁREA:

CARGO:

CIUDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

FAX:

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

CIUDAD:

CELULAR:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?

SI

NO

POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?

SI

NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?

SI

NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE

2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA

INGRESOS MENSUALES \$

EGRESOS MENSUALES \$

OTROS INGRESOS \$

ACTIVOS \$

PASIVOS \$

CONCEPTO OTROS INGRESOS

RÉGIMEN

GRAN CONTRIBUYENTE

AUTORETENEDOR

RESPONSABLE DE RENTA

ICA COD. ACTIVIDAD

RETEICA

COMÚN

SI

SI

SI

SI

SI

SIMPLIFICADO

NO

NO

NO

NO

NO

RESOLUCIÓN No.

RESOLUCIÓN No.

RESOLUCIÓN No.

TARIFA ICA

POR QUÉ?

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

NIT:

REPRESENTANTE LEGAL (PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / NOMBRES)

IDENTIFICACIÓN:

C.C.

T.I.

C.E.

R.C.

OTRO

NÚMERO:

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

Nacionalidad 1

Nacionalidad 2

DATOS OFICINA PRINCIPAL

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TELÉFONO:

FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TELÉFONO:

FAX:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE EMPRESA:

PÚBLICA

PRIVADA

MIXTA

ACTIVIDAD ECONOMICA:

INDUSTRIAL

COMERCIAL

TRANSPORTE

CONSTRUCCION

AGRICOLA

CIVIL

SERVICIOS FINANCIEROS

OTRA

CUAL?

CIU

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO, DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO

NACIONALIDAD

C.C.

T.I.

C.E.

NIT.

C.C.

T.I.

C.E.

NIT.

C.C.

T.I.

C.E.

NIT.

C.C.

T.I.

C.E.

NIT.

4. DATOS DE LA(S) CUENTA(S) AUTORIZADA(S)

ENTIDAD FINANCIERA (Vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia):

CÓDIGO:

SUCURSAL:

CIUDAD:

TIPO DE CUENTA:

AHORROS

CORRIENTE

FONDO

NÚMERO DE CUENTA:

TITULAR DE LA CUENTA:

NIT

C.C. No:

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí consignado cierto, declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo proviene de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
2. 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 contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla cada vez que se presenten cambios y se mantenga el vínculo contractual vigente.
4. Los recursos que se pudieran llegar a derivar del desarrollo del potencial contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, entre compañías y autoridades competentes, procese, conserve, consulte, suministre, actualice o reporte cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.
6. Autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A para que los pagos que sean efectuados a mi favor sean abonados a la(s) cuenta(s) que relaciono en el punto (3) de esta autorización. Manifiesto además que la responsabilidad por el manejo dado esta cuenta o por el estado en el que esta se encuentre al recibir los pagos corresponde única y exclusivamente al titular de la misma. Declaro que es mi voluntad, autorizar que se consignen los pagos a mi favor en dicha cuenta hasta tanto no manifieste por escrito alguna novedad o cambio frente a este hecho.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

CONSIDERACIONES GENERALES:

En todos los casos es necesario adjuntar fotocopia del documento de identificación (para personas jurídicas se debe adjuntar el del Representante Legal).

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 Único Tributario (RUT).
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
4. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara) y estados financieros.
5. Constancia expedida por el banco para certificar el titular de la(s) cuenta(s) inscrita(s), el tipo y el número de cuenta, no superior a tres (3) meses de su expedición.

PERSONA NATURAL

1. Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda) Si aplica.
2. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara).
3. Fotocopia de la Cédula y fotocopia del RUT
4. Constancia expedida por el banco para certificar el titular de la(s) cuenta(s) inscrita(s), el tipo y el número de cuenta, no superior a tres (3) meses de su expedición.

7. CLAUSULAS DE AUTORIZACIÓN

I. Que para efectos de acceder u ofrecer la prestación de servicios por parte a LA ASEGURADORA, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende al servicio contratado, declaro expresamente que:

I. Que LA ASEGURADORA me han informado, de manera expresa:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, 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 y la selección de riesgos. 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. 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, xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** 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 Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. 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.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento y Vinculación, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. **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 numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Pisos 11 y 12, email: 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 Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

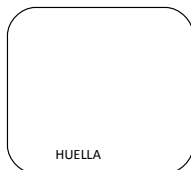
c) INIF – Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles 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.

Declaro que conozco y puedo acceder a la Políticas de protección de datos personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.segurosaurora.com

8. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.



HUELLA

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

SE FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER VERIFICADO LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA CON SUS CORRESPONDIENTES SOPORTES Y CONSULTA EN LISTAS VINCULANTES.

FECHA VERIFICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA:

FIRMA:

OBSERVACIONES:

NOTA ACLARATORIA: La Compañía informa que con la recepción del presente documento, no constituye obligación de pago por parte de la Aseguradora.