



**MAPFRE**  
**COLOMBIA**

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
**(PERSONA NATURAL)**

CLASE DE VINCULACIÓN	INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO AFIANZADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)	FECHA DE VINCULACIÓN	OFICINA	PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>
TOMADOR <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>			PÓLIZA RENOVADA <input type="checkbox"/>
ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/>	Tomador - Asegurado <input type="checkbox"/>			INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	Tomador - Beneficiario <input type="checkbox"/>			
	Asegurado - Beneficiario <input type="checkbox"/>			

**1. PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO <b>MONCADA</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>GÓMEZ</b>	NOMBRES <b>NARDA PATRICIA</b>		
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NÚMERO <b>40.382.047</b>	LUGAR DE EXPEDICIÓN <b>VILLAVICENCIO</b>	FECHA DE EXPEDICIÓN <b>9 Dic. 1985</b>	GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PAIS Y LUGAR DE NACIMIENTO <b>COLOMBIA</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>28.OCT.1967</b>	NACIONALIDAD <b>COLOMBIANA</b>	OTRA NACIONALIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL	ESTADO CIVIL <b>VIUDA</b>
TIENE RESIDENCIA PERMANENTE EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL	TIENE OBLIGACIONES FISCALES EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO:	TIENE VISA AMERICANA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE ACTIVIDAD ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE	
HA ESTADO EN ESTADOS UNIDOS: Excluye a las personas que actúan dentro del territorio de los Estados Unidos como Diplomáticos, Profesores, Estudiantes o Deportistas. <input type="checkbox"/> 183 DÍAS A CAUSA DE UN CONTRATO <input type="checkbox"/> 121 DÍAS EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR <input type="checkbox"/> 31 DÍAS SEGUIDOS EN EL AÑO EN CURSO <input checked="" type="checkbox"/> 60 DÍAS EN EL SEGUNDO AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR	ACTIVIDAD ECONOMICA <b>PENSIÓN.</b>		NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA CARGO	
CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	
DIRECCIÓN RESIDENCIA <b>CRA. 78A #33A 60 SUR KENNEDY CENTRAL</b>	CIUDAD RESIDENCIA <b>BOGOTÁ</b>		TELÉFONO	
CELULAR <b>3125094006-3115533589</b>	EMAIL <b>disurago@gmail.com</b>			
INGRESOS MENSUALES <b>\$ 3'152.890=</b>	EGRESOS MENSUALES <b>\$ 2'000.000=</b>	ACTIVOS	PASIVOS	
OTROS INGRESOS	CONCEPTO OTROS INGRESOS			
ES USTED UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ES USTED REPRESENTANTE LEGAL DE ALGUNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE	
TIENE ALGÚN VÍNCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR DILIGENCIAR ANEXO SARLAFT DE CONOCIMIENTO AMPLIADO				

**2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>			
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	INDIQUE CUAL			
TIPO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA
/	/	/	/	/	/	/

**3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS**

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS SI  NO

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
/	/	/	/	/	/

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO**

Declaro expresamente que

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que ha suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

- Fotocopia legible del documento de identificación (Cedula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático). Se requerirá únicamente para negocios nuevos.
- Fotocopia legible del Registro Único Tributario - RUT- (Si la actividad económica es diferente a Pensionado, Asalariado, Ama de Casa o Estudiante).
- Declaración de Renta del último período gravable disponible.
- APODERADO, Copia legible del poder firmado con conocimiento en notaría

**Personas Expuestas Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016), ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) 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.

**Vinculados:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

Por la cual se ordena el reconocimiento y pago de los haberes dejados de cobrar por el causante y la  
 reconocimiento y pago de la asignación de retiro de (de la) señora(s) **SARAGENTO**  
**VICEPRIMERO (RA) DEL EJÉRCITO, CARLOS JULIO MONCALVANO CAMARGO**

**4. CLAUSULA DE AUTORIZACION**

**Definiciones.** Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasescoldea e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

**Declaraciones.** Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

**Autorizaciones.** Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrato, incluyendo actividades de coseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

**Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales:** Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

**7. FIRMA Y HUELLA**

FIRMO COMO CONSECUENCIA DE HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

*Narda Patricia Moncada Gómez*  
 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL  
 C.C. 40.382.047.



**8. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

LUGAR DE LA ENTREVISTA	<input type="text"/>			
FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
RESULTADO	ACEPTADO <input type="checkbox"/>		RECHAZADO <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES	<input type="text"/>			
NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE	<input type="text"/>			
FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE	<input type="text"/>			

**9. VERIFICACION DE LA INFORMACION**

FECHA DE LA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES	<input type="text"/>			
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION	<input type="text"/>			
FIRMA DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACION	<input type="text"/>			
C.C.	<input type="text"/>			