

**FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES
PERSONA NATURAL - ARRIENDOS**

Fecha Diligenciamiento	D	M	A	Ciudad	Sucursal	Tipo Solicitud	
EN EL EVENTO EN QUE EL POTENCIAL CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.							
Clase de Vinculación	<input type="checkbox"/> Tomador	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Intermediario	<input type="checkbox"/> Otro
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO).							
Tomador - Asegurado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
Tomador - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
Asegurado - Beneficiario	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	Cuál		
1. INFORMACIÓN BÁSICA							
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres				
Tipo de Documento	Número	Fecha de Expedición		D	M	A	Lugar de Expedición
Fecha de Nacimiento	D	M	A	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	
E-mail	Correo habilitado para Facturación Electrónica			Dirección (Residencia)*			
Departamento	Ciudad		Teléfono		Celular		
Actividad Principal	Sector			CIU (Cód.)			
Tipo de Actividad	¿Cuál?		Ocupación		Cargo		
Empresa donde trabaja	Dirección (Oficina)*						
Ciudad	Departamento		Teléfono (Oficina)				
Actividad Secundaria				CIU (Cód.)			
Dirección	Departamento		Ciudad	Teléfono			
¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o Comerciantes)							
Ingresos Mensuales (Pesos)				Egresos Mensuales (Pesos)			
Activos (Pesos)				Pasivo (Pesos)			
Patrimonio (Activos - Pasivos, Pesos)				Otros Ingresos (Pesos)			
Concepto otros Ingresos Mensuales							
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente? (Ver definición en el pie de página)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada Expuesta Políticamente?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, sírvase a diligenciar el Anexo 1 de conocimiento mejorado para PEP y vinculados							
¿Por su cargo o actividad, administra recursos públicos?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indique:							
*En caso de encontrarse ubicado en una jurisdicción diferente a Colombia, por favor adjunte el certificado de identificación fiscal expedido por la autoridad competente del país de residencia.							
2. 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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.							
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.							
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).							
Origen de Fondos							
3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?	Indique otras operaciones			
¿Posee productos financieros en el exterior?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Posee cuentas en moneda extranjera?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tipo de Producto	Identificación o número del producto	Entidad		Monto	Ciudad	País	Moneda
Persona Expuesta Políticamente (PEP):							
"Los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública, nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones relacionadas en el (Decreto 830 de 2021) y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos"							

**FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES
PERSONA NATURAL - ARRIENDOS**

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS? SI NO

Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web www.segurosmondial.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 suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Compañía Mundial de Seguros S.A. 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 COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales para las siguientes finalidades:

(i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o 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 **LA COMPAÑÍA**; (viii) Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de **LA COMPAÑÍA**, a través de los medios físicos o virtuales registrados; ejecutar acciones de perfilamiento comercial; prospección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios y/o de mercado; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales (xi) Enviar 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; (xii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la historia clínica y datos sobre mi estado de salud, indispensables para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **LA COMPAÑÍA**; (xiii) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en calidad de su representante legal o tutor, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor; (xiv) Acceda a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, usar, y en general dar un tratamiento a toda la información contenida en mi historia laboral del RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), dentro de la cual se encuentra mis vínculos laborales vigentes y no vigentes, el ingreso base de cotización (IBC), datos de contacto, información de empleadores, situación pensional, fecha de nacimiento, fecha de afiliación y fecha de traslado entre otros, por las veces que se requiera, y que se encuentre administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos de Colombia) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado. (xv) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas (xvi) Comercializar los datos personales objeto de tratamiento en desarrollo de las finanzas abiertas en Colombia, con el propósito de diseñar nuevos servicios y funcionalidades financieras.

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Nota SARLAFT: De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, como tomador de la póliza manifiesto que, por la forma de comercialización del producto, no es posible hacer entrega de los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso la aseguradora los recaudará al momento de la radicación de la reclamación.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales para las finalidades anteriormente descritas.

Si No

6. INFORMACIÓN DEL INMUEBLE A ARRENDAR

DIRECCIÓN INMUEBLE Y NÚMERO DE MATRÍCULA

(Según certificado de tradición y libertad)	Número de matrícula

DESTINACIÓN DEL INMUEBLE

MARQUE CON UNA X	Incremento Anual
<input type="checkbox"/> Vivienda	Hasta el 100% del IPC (Ley 820 de 2003)
<input type="checkbox"/> Comercio	
Si la destinación del inmueble es "Comercio" describa la actividad	

VIGENCIA

Duración del contrato en meses (Se sugiere que sea por 12 meses)	Desde el día (Fecha de inicio del contrato)	Hasta el día

FORMA DE PAGO DEL CANON

Forma de pago	Número de cuenta	Lugar de pago o entidad
<input type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Consignación <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Otra ¿Cual?		
Usos conexos	Descripción (Número, ubicación, etc.)	
Garaje		
Depósito		

**FORMULARIO DE VINCULACION DE CLIENTES
PERSONA NATURAL - ARRIENDOS**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

SERVICIOS PÚBLICOS	
Marque os servicios públicos con los que cuenta el inmueble	Facturación (Si el pago de los servicios públicos es compartido, indique el porcentaje de facturación que debe asumir el inquilino o arrendatario, de lo contrario deje 100%)
<input type="checkbox"/> Acueducto, alcantarillado y recolección de basuras	
<input type="checkbox"/> Energía eléctrica	
<input type="checkbox"/> Teléfono (registre los numeros de líneas telefónicas):	
<input type="checkbox"/> Gas natural	

7. 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 O APODERADO	Huella Dactilar

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA				9. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Lugar de la Entrevista		Fecha de Verificación	Día	Mes	Año		
Fecha de la Entrevista	Día	Mes	Año	Hora de Confirmación			
Hora de la Entrevista		Nombre y Cargo de quien verifica			Firma		
Observaciones							
Nombre del Intermediario		Observaciones					
Resultado de la Entrevista	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado						

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 830 de 2021, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vinculo/Relación*	Nombre	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de expedición	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Desvinculación

* Vinculo/Relación
 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos),
 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y
 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
 4. Sociedad conyugal de hecho o derecho

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.