

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA JURÍDICA - 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
Residencia de la Sociedad							
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		
<b>1. INFORMACIÓN BÁSICA</b>							
Nombre o Razón Social					Tipo de Documento	NIT	DV
Oficina Principal - Dirección*						Tipo de Empresa	
Actividad económica				CIU (Cód.)	Sector		
Departamento	Ciudad	Teléfono		E-mail			
Correo habilitado para Facturación Electrónica	Departamento		Ciudad	Teléfono			
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>							
Representante Legal 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	Dirección (Residencia)			Ciudad			
Departamento	País	Teléfono		Celular			
¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) es una Persona Expuesta Políticamente? (Ver definición de administrador, PEP y vinculados en el pie de página).				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de Persona Expuesta Políticamente.		
¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) 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.							
<b>ACCIONISTAS</b>							
<b>Instrucciones de diligenciamiento:</b> 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, aporte o participación. 2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado) 3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente, sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).							
Tipo ID	Número ID	Fecha de expedición	Nombre	% Participación	¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Es Persona Políticamente Expuesta, o vinculado con una de ellas? (aplica únicamente para personas naturales)	¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países? Indique cual(es)
<b>Persona Expuesta Políticamente(PEP):</b> "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"							
<b>Administradores (Ley 222 de 1995, art.22):</b> Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.							
<b>Vinculados:</b> 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.							
<b>Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI:</b> Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.							

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA JURÍDICA - ARRIENDOS**

**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:

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

\*Vínculo / Relación  
1. Representantes legales  
2. Miembros de la Junta Directiva  
3. Accionistas

**CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES**

Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de expedición	Razón Social / Nombres Apellidos	% Participación	Nombre / Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista	NIT

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos Mensuales (Pesos)	Activos (Pesos)
Pasivos (Pesos)	Patrimonio	Otros Ingresos
Concepto de Otros Ingresos		

**2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete 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 posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente.

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Fotocopia del documento de identidad del representante legal, ampliada al 150%-
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad competente no mayor a 30 días,
- Inventario general de los bienes objeto del seguro

Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas, tales como: estados financieros, declaración de renta, copia del RUT, entre otros.

**4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS**

¿HA PRESENTADO RECLAMACIONES O HA RECIBIDO INDEMNIZACIONES EN SEGUROS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Año	Ramo	Compañía	Valor	Resultado	

Este formulario contiene las disposiciones establecidas en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
PERSONA JURÍDICA - ARRIENDOS**

**5. CLAUSULA 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.segurosmundial.com.co](http://www.segurosmundial.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 necesarios para poder ejecutar el objeto social y la actividad económica de **LA COMPAÑÍA** (xiii) Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas (xiv) 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

Vivienda

Hasta el 100% del IPC (Ley 820 de 2003)

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

Efecto  Consignación  Cheque  Otra ¿Cual?

Usos conexos

Descripción (Número, ubicación, etc.)

Garaje

Depósito

**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%)

Acueducto, alcantarillado y recolección de basuras

Energía eléctrica

Teléfono (registre los numeros de líneas telefónicas):

Gas natural

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES  
 PERSONA JURÍDICA - ARRIENDOS**

**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 REPRESENTANTE LEGAL										ÍNDICE DERECHO
7. INFORMACIÓN ENTREVISTA					8. 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					
Nombre del Asesor										
Resultado de la Entrevista	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado									

2. El trata

ociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

partidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que