

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA- SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.



versión 2025

1. FORMULARIO Y CLASE DE VINCULACIÓN

Fecha Diligenciamiento	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:	Tomador	Asegurado	Beneficiario	Afianzado	Proveedor	Intermediario	Otro

2. INFORMACIÓN BÁSICA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA DE EXPEDICIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
E-MAIL	DIRECCIÓN (Residencia)	DEPARTAMENTO	
CIUDAD	TELÉFONO	CELULAR	ACTIVIDAD PRINCIPAL
SECTOR Y TIPO DE ACTIVIDAD	CIU (cod)	¿Cual?	
OCUPACION	CARGO	EMPRESA DONDE TRABAJA	
DIRECCIÓN (Oficina)	CIUDAD	DEPARTAMENTO	
TELÉFONO (Oficina)	ACTIVIDAD SECUNDARIA	CIU (cod)	
¿QUE TIPO DE PRODUCTO Y/O SERVICIO COMERCIALIZA? (Independientes o Comerciantes)			
E-MAIL NOTIFICACIÓN DE PAGOS			

Información Financiera

ACTIVOS (Pesos)	INGRESOS MENSUALES (Pesos)
PASIVO (Pesos)	OTROS INGRESOS (Pesos)
PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos)	EGRESOS MENSUALES (Pesos)
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES	

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? (ver definición en el pie de página) SI NO

¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? (Ver definición de vinculado en el pie de página) SI 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? SI NO

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO

¿Realiza operaciones internacionales? SI NO Indique

¿Es responsable del RUT? SI NO Si su respuesta fue afirmativa, indique su código de responsabilidad

Si su respuesta fue afirmativa, indique su correo electrónico registrado en la DIAN

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia del documento de identidad.
 - La Aseguradora podrá requerir documentos adicionales de acuerdo con sus políticas en el marco del Conocimiento del Cliente como: Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o Declaración de Renta del último periodo gravable disponible (si declara) y/o Estados Financieros, copia del RUT, entre otros.
- Adicionalmente la aseguradora podrá requerir otros documentos de acuerdo con sus políticas en el marco del conocimiento intensificado del Cliente.

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

En cumplimiento de la regulación vigente, si es considerado una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o esta vinculado a una PEP, sírvase diligenciar los siguientes campos.

Vínculo/Relación*	Tipo de PEP	Nombres y Apellidos de la PEP	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Vinculación	Fecha Desvinculación	¿Tiene o maneja cuentas financieras en otros países distintos a Colombia? En caso afirmativo, ¿Dónde?

* Vínculo/Relación

1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).

2. Primero de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).

3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

4. Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociado cercano se refiere a que es socio, accionista, administrador o miembro de Junta Directiva de una persona jurídica, o es beneficiario de un patrimonio autónomo o fiduciaria. usted no es una PEP, asociado cercano es cuando usted sea socio o accionista con una PEP, ya sea por medio de una Persona Jurídica o mediante una relación directa entre Personas Naturales.

IDENTIFICACIÓN DE VINCULADOS A PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Vínculo/Relación	Nombres y Apellidos o Razón Social	Tipo de Identificación	Número de identificación	Nacionalidad

3. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS / RIQUEZA - AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

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

1. Los recursos que posee la Compañía que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
3. 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
4. Declaro que la información que he suministrado es verídica y me obligo a actualizarla anualmente, además doy mi consentimiento expreso e irrevocable a la sociedad **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** o quien sea en un futuro el garante de las obligaciones garantizadas en la póliza expedida, para:
- a). Consultar, en cualquier tiempo, y en cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía.
- b). Reportar a cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, datos, tratados o sin tratar sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. c). Conservar, tanto en **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, así como en cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales b) y d) de esta cláusula. d). Suministrar a cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada datos relativos al cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones para con la sociedad **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad, o en la central de información de riesgo a la cual se hayan suministrado mis datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas.

Origen de Fondos:

4. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR

(De acuerdo a la clase de vinculación, si marcó Tomador, Intermediario u Otro, sírvase diligenciar la siguiente información)

Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo de ID	Número de ID	¿Es Persona Expuesta Políticamente (PEP) o vinculado con una de ellas?	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros país o grupo de países?

Si respondió que el asegurado y/o beneficiario distinto del tomador tiene obligaciones tributarias en otros países, indique en qué país

1. **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
2. **PEP de organizaciones internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. \0Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
3. **PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal. \0Tendrán esta calidad desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- Definición de vinculado:**
1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos).
2. Primero de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados).
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Asociado cercano: Si usted es una PEP, asociado cercano se refiere a que es socio, accionista, administrador o miembro de Junta Directiva de una persona jurídica, o es beneficiario de un patrimonio autónomo o fiducia. usted no es una PEP, asociado cercano es cuando usted sea socio o accionista con una PEP, ya sea por medio de una Persona Jurídica o mediante una relación directa entre Personas Naturales.

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Autorización Tratamiento de Datos Personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que, durante la etapa precontractual y contractual, la **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación:

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, suministro los datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
2. Declaro que **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** me ha informado, de manera expresa:
3. Los datos personales serán tratados por **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, para las siguientes finalidades:
- a) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, contraparte contractual y/o proveedor.
- b) El proceso de negociación contractual con **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, incluyendo, pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
- c) Confirmación del estado del riesgo que se intenta trasladar a **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** de manera previa a la contratación de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acontecimiento del siniestro, para evidenciar las situaciones bajo las cuales se presentó.
- d) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con la **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**
- e) El control y la prevención del fraude.
- f) La liquidación y pago de siniestros.
- g) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
- h) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- i) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- j) Envío de información y ofertas comerciales de seguros de **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**
- k) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, así como la verificación y actualización de datos.
- l) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y la.
- m) Consulta, reporte, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- n) Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
- o.) Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
4. El tratamiento podrá ser realizado directamente por la citada sociedad o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
5. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
- a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**
- b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros.
- c) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
- d) Las personas con las cuales **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
- e) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.**, 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.
6. 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.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de los datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
8. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, la **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.** podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 5 de este apartado.
9. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
10. 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.
11. Que el responsable del tratamiento de la información es **COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.**, cuya dirección es carrera 7ª No. 74-21 Piso 2, el teléfono es 5524570 – 7425519 de la ciudad de Bogotá D.C. y su página web es www.segurosaaurora.com
12. Que el responsable del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 5 anterior, será **FASECOLDA**, cuya dirección es carrera carrea 7ª No. 26-20 Piso 11 y el teléfono es 3443080.
13. De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información declaro que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en WWW.SEGUROS-AURORA.COM, que estoy autorizando en el presente escrito.

LEY 2300 DE 2023 CANALES AUTORIZADOS - DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: A través de este formulario, he presentado a LA ASEGURADORA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a LA ASEGURADORA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a LA ASEGURADORA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales: _____

6. 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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

NOMBRE CLIENTE O APODERADO

FIRMA CLIENTE O APODERADO. C.C

Huella Dactilar

7. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y/O ENTREVISTA

FECHA VERIFICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE VERIFICACIÓN	HORA DE CONFIRMACIÓN:
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA					
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO				NOMBRE DEL ASESOR	
OBSERVACIONES :					
FIRMA					