



DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

TÍTULO DE CAPITALIZACIÓN

N°

CONSIDERACIONES GENERALES

A) Que los datos solicitados en el presente formulario son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo. **B)** Que conforme con lo previsto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha norma, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

Yo, _____, identificado con _____ No. _____ de _____, actuando como representante legal de _____ con NIT _____, ante CAPITALIZADORA BOLÍVAR, manifiesto que:

1. Acepto suscribir el título de capitalización al que hace referencia este documento.
2. Certifico que la información suministrada por mí a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita. Además, autorizo a LA COMPAÑÍA para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTE DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES

3. Que la información de la empresa que represento y que registro en el presente formulario, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizamos a CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente.
4. Que la actividad económica de la empresa que represento es lícita, la ejercemos dentro de los marcos legales y los dineros con los que se adquiere el título y los fondos utilizados para pagar las cuotas, provienen de la actividad de _____.
5. En caso de que la empresa que represento o alguno(s) de su(s) socio(s) sea(n) posible(s) sujeto(s) de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen nuestra información que corresponda al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que esta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria.
6. Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) contraídas por la empresa que represento con aquellas, para que, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento del comportamiento financiero y crediticio de la empresa que represento por parte de los Usuarios de la Información (definidos en la Ley 1266 de 2008) reporte(n) a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) dineraria(s) contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultados en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre el comportamiento de la empresa que represento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que hayamos adquirido.

La permanencia de la información relacionada con el incumplimiento de nuestras obligaciones en las centrales de información financiera y crediticia dependerá del tiempo que haya durado nuestro incumplimiento y del momento en el cual se efectúe el pago, de conformidad con lo establecido en el Art. 13 de la Ley 1266 de 2008. He sido informado que en el evento en que lleguemos a estar interesados en adquirir un producto o servicio de las entidades vinculadas al Grupo al cual pertenecen LAS COMPAÑÍAS, autorizaré en el momento en que se haga la vinculación a la respectiva entidad, para que esta efectúe el reporte del comportamiento de la empresa que represento a las centrales de información financiera y crediticia.

7. Declaramos que nuestro nombre y el de nuestros propietarios y/o controlantes no están incluidos en la lista de Oficina de Control de Activos en el Exterior (OFAC) o en cualquier otra de similar naturaleza, o en alguna de carácter nacional y/o internacional en las que se publiquen los datos de personas naturales o jurídicas relacionadas, de manera directa o indirecta con actividades ilegales, tales como corrupción, terrorismo o su financiación, lavado de activos y sus delitos fuentes o conexos, entre otras. Así mismo, declaro que conozco amplia y suficientemente que CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. podrá terminar unilateralmente y de manera inmediata la relación contractual a que haya lugar, de comprobarse que fuimos incluidos en alguna de las listas mencionadas anteriormente o tenemos vínculos transaccionales, comerciales o personales, con empresas o personas incurso en investigaciones judiciales o listas públicas relacionadas con actividades ilícitas.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

8. Que autorizamos a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información contenida en este Formulario que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. No obstante la anterior autorización, nos obligamos para con LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual nos comprometemos a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (APLICA PARA DÉBITO O CARGO AUTOMÁTICO PARA EL PAGO DE LAS CUOTAS MENSUALES, SÓLO SI FUERON PACTADAS AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN)

9. En nombre de la empresa que represento, autorizo a CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A. para descontar de la cuenta bancaria que fue inscrita al momento de la suscripción del título de capitalización y que es de propiedad de la empresa, los pagos por concepto de cuotas de ahorro aceptados a voluntad. La presente autorización tiene validez durante la vigencia del correspondiente contrato. En tanto no sea revocada por escrito, esta autorización se mantendrá en vigor mientras esté vigente el contrato.

Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y obligaciones como suscriptor; las características y costos del producto; el procedimiento de rescisión y canales de servicio; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las condiciones generales del producto y sorteos, las cuales se encuentran publicadas y podré descargar a través de la página web www.segurosbolivar.com.co. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido hacer preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día _____ de _____ del año 20__.

FIRMA CLIENTE _____
NOMBRE _____
No. IDENTIFICACIÓN _____



HUELLA ÍNDICE DERECHO

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Nombre del responsable de la entrevista		Clave	Cédula
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
DD	MM	AAAA	
Concepto general del cliente			
Firma del representante de la entrevista			

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio. SI ☐ NO ☐

Observaciones

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	