

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL EMPLEADO



PREVISORA
SEGUROS

No. FORMULARIO _____ FECHA _____

SUCURSAL _____

En el evento que el empleado no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE VINCULACIÓN EMPLEADO | CÓDIGO DE NÓMINA

1. DATOS PERSONALES						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES	
ASALARIADO		CIU			EMAIL:	
<input type="radio"/> C.C.	<input type="radio"/> C.E.	<input type="radio"/> T.I.	No. DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
<input type="radio"/> R.C.	<input type="radio"/> OTRO					
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN / OFICIO			PROFESIÓN	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			ÁREA		CARGO	
CIUDAD		DIRECCIÓN			TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD		TELÉFONO / CELULAR	
GRUPO SANGUÍNEO		ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRÓNICO		

2. GRUPO FAMILIAR (Padres, Cónyuge o Compañero permanente e Hijos)				
NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO
 ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO
 ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO INDIQUE _____
 ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? SI NO INDIQUE _____

3. EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:			
NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2

4. INFORMACIÓN FINANCIERA	
INGRESOS ANUALES \$ _____	ACTIVOS \$ _____
EGRESOS ANUALES \$ _____	PASIVOS \$ _____
OTROS INGRESOS (ANUALES) \$ _____	
CONCEPTO OTROS INGRESOS _____	

5. 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 la actividad(es) anteriormente descritas.
 5. De manera irrevocable autorizo a la Previsora S.A. Compañía de Seguros para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario y demás información relativa al cumplimiento de mis obligaciones civiles y/o comerciales adquiridas con la Compañía.

6. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> CUAL _____						
INDIQUE OTRAS OPERACIONES _____						
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

7. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:					
AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
			\$		
			\$		

8. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del funcionario son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia, y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por 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 contenidos en dicha disposición, 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.
3. Que no obstante lo anterior, todos los datos personales recopilados mediante este formulario de conocimiento del funcionario y su tratamiento es autorizado por el titular de la información para las finalidades mencionadas en este formulario, y se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso, junto con sus decretos reglamentarios y los demás que los complementen, deroguen y modifiquen, así como bajo lo establecido por la política de privacidad de Previsora Seguros

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO A LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección CALLE 57 # 9-07, Teléfono 3485757, como el Responsable del tratamiento de mis datos personales. Declaro expresamente:

- I. Que suministro mis datos personales de carácter público, privado, semi-privado y en algunos casos sensible, para el cumplimiento de las finalidades propias de la gestión laboral de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO y/o para efectos de acceder a la prestación de servicios comprendidos en la actividad aseguradora de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO
- II. Que la información aquí consignada es cierta, veraz y verificable
- III. Que expresamente autorizo a EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO realizar el tratamiento de mis datos personales para lo que se me informa a continuación:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales, incluyendo datos de identificación, datos educativos y laborales, datos financieros, datos de familiares, incluidos menores de edad, así como datos biométricos como lo son huellas e imágenes fotográficas o de video, serán tratados por EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, así como por las personas naturales y/o jurídicas que en su nombre realizan actividades, durante y después de terminada la relación laboral, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi vinculación como trabajador de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO; ii) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o deudor, de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO iii) Verificar la información entregada en este formato y/o entregada durante toda mi relación laboral con diferentes fuentes, sean estas públicas y privadas de considerarse pertinente; iii) Registrarme y administrar mi información en las bases de datos internas de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO; iv) Realizar verificaciones periódicas inconscultas de la información almacenada en las herramientas de trabajo a mí asignadas, y el uso que le doy a estas, sin que esto constituya una violación a mi privacidad; v) Para llevar a cabo el trámite de solicitud de crédito y complementar dicha solicitud de crédito con los datos que ya se encuentran en las bases de datos de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, en caso de falta de información requerida; vi) Para la organización y planeación de actividades de bienestar; vii) El control y la prevención del fraude. viii) La liquidación y pago de siniestros en mi calidad de asegurado de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. ix) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado por mí en mi calidad de asegurado. x) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral xi) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. xii) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. xiii) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) 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 las reglamentaciones aplicables, xiv) Para el cumplimiento de obligaciones legales de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO en su calidad de empleador y/o aseguradora; xv) Publicarlos en medios internos y/o redes sociales, principalmente en lo que a imágenes se refiere; xvi) Para atender requerimientos de autoridades competentes en ejercicio de sus funciones; xvii) Para fines estadísticos e históricos; xviii) Para el cumplimiento de obligaciones legales de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO; xix) Para el intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xx) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xxi) Consulta, 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. xxii) Cumplir con obligaciones legales en lo que a conservación de información y documentos se refiere.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO por los encargados del tratamiento que sean contratados por el responsable, y quienes realizarán el tratamiento de los datos para las mismas finalidades mencionadas en el aparte anterior.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO en su calidad de empleador y/o de aseguradora, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Las personas con las cuales EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO en su calidad de aseguradora adelanta gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. iv) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, 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. v) Empresas aliadas de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO que requieran la información personal incorporada en este documento para hacer verificaciones y estudios de prevención del riesgo, fraude y lavado de activos de forma independiente con el fin de otorgarme productos y servicios propios, de acuerdo con mi solicitud, sin que sea necesario realizar un trámite adicional ante dichas empresas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones mis datos personales serán objeto de transferencia y/o transmisión internacional para cumplir las finalidades del tratamiento ya mencionadas, situaciones en las cuales siempre se contará con un contrato de transmisión de información personal por parte de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013, y/o la declaración de conformidad necesaria expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio

5. DATOS SENSIBLES: Conozco que es facultativo dar respuesta a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, a menos que estos datos resulten necesarios para el cargo a desempeñar y/o para acceder al seguro solicitado. En consecuencia, declaro que no he sido obligado a entregarlos, y autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles recopilados por medio de este formato de conocimiento, así como los recopilados durante todo el proceso de mi contratación y/o estudio y vinculación como asegurado, y durante la vigencia de mi relación laboral o como asegurado con EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos (huellas e imágenes). En todo caso, para efectos de la solicitud de un seguro se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige los mismos

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Conozco que es facultativa la respuesta a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a entregarlos y autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de los datos de niñas, niños y adolescentes recopilados por medio de este formato de conocimiento.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Conozco 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 el uso que se le da a mis datos personales, actualizarlos, rectificarlos, solicitar prueba y revocar este consentimiento que otorgo, acceder gratuitamente a mis datos objeto de tratamiento por parte de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO al menos una vez al mes y/o solicitar la eliminación de cualquier dato que se encuentre en las bases de datos de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO lo cual procederá únicamente en los casos en que no mantenga una relación legal o contractual vigente con EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO, o esta tenga una obligación legal de conservación de información y/o documentación. Estos derechos podré ejercerlos por medio de solicitud al correo electrónico

contactenos@previsora.gov.co, enviando comunicación a la Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, en el teléfono +1 3487555 o a través del sistema PQR disponible en la página ww.previsora.gov.co, misma página web en la que podrá conocer su política de privacidad.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Conozco que el responsable del tratamiento de la información es LA PREVISORA SEGUROS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, serán todos los terceros contratados para cumplir con las mismas finalidades mencionadas en este formato de conocimiento, con la realización de actividades relacionadas con las finalidades mencionadas y/o finalidades que surjan para la prestación de servicios adicionales las cuales me serán informadas en su momento, los cuales se encuentran obligados a mantener la información de la que tenga conocimiento bajo especiales condiciones de seguridad siendo estas, como mínimo, las mismas utilizadas por ellos en sus actividades propias, y quienes cumplirán la política de tratamiento de datos de EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

IV. De manera irrevocable autorizo a la Previsora S.A. Compañía de Seguros para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario y demás información relativa al cumplimiento de mis obligaciones civiles y/o comerciales adquiridas con la Compañía por medio de fuentes tanto públicas como privadas.

HUELLA



FIRMA

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	FECHA	HORA	RESULTADO
	Día Mes Año		<input type="radio"/> Aceptado <input type="radio"/> Rechazado

OBSERVACIONES

NOMBRE RESPONSABLE

FIRMA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
Día Mes Año			

OBSERVACIONES

FIRMA