



Este formulario debe ser completado en LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA, de forma precisa, verídica, legible y sin tachones, ni borrones, por todos los P.E.P. La información suministrada en este documento será de estricta confidencialidad, para uso de control interno y solo se proporcionará a las autoridades competentes por razón de algún tipo de investigación o por un reporte de operación sospechosa. La información que se solicita, verifica y actualiza es importante porque forma parte del contrato de seguros.

CONSUMIDOR DEL SERVICIO DE SEGUROS Y OTROS

P.E.P.: Asegurado Pagador Beneficiario Accionista/Controlador Otros _____

TIPOS DE P.E.P.

Principal	<input type="checkbox"/>	Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado.
Familiar Cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge
Estrecho Colaborador	<input type="checkbox"/>	Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales en nombre de la persona expuesta políticamente.

DATOS DEL P.E.P. PRINCIPAL

Plazo durante el cual una persona se considerará P.E.P. : Desde su nombramiento, hasta dos años después que cesan sus funciones o es separado del cargo para el cual fue calificado como P.E.P.

*Primer Nombre		*Segundo Nombre	
*Apellido Paterno		*Apellido Materno	
*Apellido de Casada		Fecha de Nacimiento	
*Nacionalidad		Cédula (Nac.)/Pas. (Ext.)	
*Cargo Actual/Anterior		País de Residencia	
Teléfono Residencial		Celular	
Dirección Residencial			
Correo Electrónico			

*Período para el cual ejerce o ejerció el Cargo de P.E.P.: desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____
dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

DATOS DEL P.E.P. RELACIONADO (Familia o Estrecho Colaborador)

Si usted es un PEP relacionado, adicional a sus datos debe contestar la información del PEP Principal, que se encuentra marcado con asteriscos (*)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Apellido de Casada		Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad		Cédula (Nac.)/Pas. (Ext.)	
Teléfono Residencial		País de Residencia	
Dirección Residencial			

Correo Electrónico

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntas. Que de conformidad a la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, y su Reglamentación por medio del Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021, sobre Protección de Datos, expresamente acepto y autorizo a la Compañía Internacional de Seguros, S. A., al compendio de mis datos personales, y de su almacenamiento en la base de datos de esta empresa, de forma confidencial con las excepciones que se encuentran en la indicada Ley. Así mismo me comprometo a cumplir en todo momento con los lineamientos dispuestos por Compañía Internacional de Seguros, S.A. para su cumplimiento.

SE REQUIERE DEL FIRMANTE (COPIA): Cédula (Nacionales) Pasaporte (Extranjeros)

Firma	Fecha
-------	-------