



FORMULARIO MULTIPRODUCTO

Nombre de campaña: Cliente: Nuevo Existente **Tipo de vínculo:** Titular Otro titular **Segmento:** Scotia Wealth Management Premium Preferente Clásico

Estas opciones requieren formato de relaciones secundarias:

Rep. Legal Tutor Autorizados Extendidos Apoderado Tercera parte

No. folios _____

Código Origenación: _____

Código de barras y/o N° solicitud:

1. Información del cliente

Campos obligatorios KYC

◆ Nombres: _____ ◆ Primer apellido: _____ ◆ Segundo apellido: _____

◆ Fecha de nacimiento: DD MM AAAA ◆ Lugar de nacimiento: Ciudad/Municipio Departamento País ¿Ha vivido 6 o más meses continuos en Colombia? Sí No

◆ País de Nacionalidad 1: _____ ◆ País de Nacionalidad 2: _____ ◆ Tipo de id.: Registro Civil Carné Dip. Pasaporte C.C. C.E. T.I. ◆ N.º de id.: _____

◆ Fecha de expedición: DD MM AAAA ◆ Fecha de vencimiento: No aplica C.C. y Registro Civil ◆ Lugar de expedición: Ciudad/Municipio Departamento País

◆ Sexo: Masculino Femenino **Estado civil:** Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre **N.º personas a cargo:** _____ *Si es nacido en Venezuela o tiene nacionalidad Venezolana y su tipo de id es Pasaporte, se debe diligenciar los siguientes campos.* ◆ Tipo documento anexo: PEP PEPFF PECP ◆ Cód/No. documento: _____ ◆ Fecha de vencimiento DD MM AAAA

◆ Dirección de residencia: _____ ◆ Casa No. _____ ◆ Apto No. _____ Bloque _____ Torre _____ Interior _____ **Complemento:** (Opcional) _____ **Nivel educativo:** Primaria Bachillerato Tecnólogo Auxiliar Técnico Profesional Post-grado Estudiante Universitario Maestría/Doctorado Ninguno **Profesión:** Educación Salud Matemáticas Derecho Religiosos Ciencias Naturales Ciencias Humanas Ciencias Físicas Ciencias Económicas Ingenierías Artes y Medios Otro

Barrio de residencia: _____ **Tipo de vivienda:** Propia Familiar Arriendo _____ **Estrato:** _____ **Tiempo en residencia:** Años _____ Meses _____

◆ Lugar de residencia: Ciudad/Municipio Departamento País

◆ N.º celular/teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____ ◆ Correo electrónico: _____

Recibo de extractos, solo para productos de crédito: Correo electrónico Residencia Oficina Todos los extractos de los productos del banco estarán disponibles en los canales digitales (Web y Aplicación Móvil). En caso de suministrar un correo electrónico, los extractos serán enviados por este medio, a excepción de la cuenta de ahorros que podrá ser consultada únicamente en los canales digitales. Para el cambio a envío de forma física puede realizar la solicitud en los canales correspondientes

Autorizo al banco para entregar los medios de utilización de mi(s) producto(s) en la dirección registrada a la persona que atienda en el domicilio, sin perjuicio que el Banco a su facultad haga una entrega personalizada o por otro canal.

¿Ha sido víctima del conflicto armado, secuestro u otros?

Sí No

◆ ¿Usted es PEP? Sí No

PEP - Persona Expuesta Públicamente. Persona natural nacional o extranjera, que es o ha sido un funcionario de alta jerarquía en cualquier rama de gobierno ejecutiva, legislativa, administrativa, militar o judicial; un alto funcionario de un partido político local o extranjero; un representante legal o alto ejecutivo de una empresa estatal, agencia gubernamental u organización internacional; o una persona que goza de reconocimiento público.

◆ ¿Usted es familiar /asociado de una PEP? Sí No

También son consideradas PEP´s sus familiares inmediatos (conyuge/pareja, padres, hermanos, hijos, abuelos, nietos, cuñados, suegros, yernos y nueras), o asociados cercanos (aquellos conocidos ampliamente por mantener una relación inusualmente cercana con una PEP y que tienen la facultad de llevar a cabo operaciones a nombre de la PEP, o que tienen una cuenta conjunta con una PEP).

2. Actividad económica

◆ Actividad: Asalariado Ama de casa Independiente Estudiante Pensionado **Tipo de Independiente:** Ganadero / Agricultor Rentista Transportador Servicios Comerciante Construcción Industrial **Relación con la empresa:** Dueño único Socio Empleado Contratista **Actividad de la empresa:** Comercial Minería Industrial Comunicaciones Transporte Educación Agroindustrial Servicios Construcción Salud **Tipo de contrato:** Fijo Indefinido Temporal Obra Labor

◆ Código CIU: _____ **Antigüedad laboral:** Años _____ Meses _____ **Cargo / Ocupación:** _____

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|---|--|---|---|---|---|---|
| <p>Ingresos</p> <p>◆ Ingresos básicos mensuales: \$ _____</p> <p>◆ Otros ingresos: \$ _____</p> <p>◆ Total ingresos: \$ _____</p> | <p>Descripción de otros ingresos:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agricultor / Ganadero \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Pensionado \$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comerciante \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Rentista \$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Construcción \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Servicios \$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Industrial \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Transportador \$ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros, ¿cuáles? \$ _____</td> <td><input type="checkbox"/> Remesas \$ _____</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Agricultor / Ganadero \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensionado \$ _____ | <input type="checkbox"/> Comerciante \$ _____ | <input type="checkbox"/> Rentista \$ _____ | <input type="checkbox"/> Construcción \$ _____ | <input type="checkbox"/> Servicios \$ _____ | <input type="checkbox"/> Industrial \$ _____ | <input type="checkbox"/> Transportador \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros, ¿cuáles? \$ _____ | <input type="checkbox"/> Remesas \$ _____ | <p>Egresos</p> <p>◆ ¿Cuánto suman sus gastos mensuales? \$ _____</p> <p>◆ ¿Cuánto suman el total de sus deudas? \$ _____ Este monto es el pasivo</p> | <p>◆ ¿Cuánto suman sus bienes? \$ _____ Este monto es el Activo</p> <p>◆ Total patrimonio: \$ _____ Activos menos (-) pasivos</p> |
| <input type="checkbox"/> Agricultor / Ganadero \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensionado \$ _____ | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comerciante \$ _____ | <input type="checkbox"/> Rentista \$ _____ | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Construcción \$ _____ | <input type="checkbox"/> Servicios \$ _____ | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Industrial \$ _____ | <input type="checkbox"/> Transportador \$ _____ | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros, ¿cuáles? \$ _____ | <input type="checkbox"/> Remesas \$ _____ | | | | | | | | | | | | |

4. Selección de productos Solo deben diligenciarse los campos relacionados al producto solicitado.

| | | |
|--------------------|--|---|
| Tarjeta Crédito 01 | <p>◆ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Marca compartida ¿Cuál? _____ Portafolio ONE ¿Cuál? _____</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> ONE Rewards</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> ONE Cashback</p> <p>Nota: Si solicita una Tarjeta Lifemiles o una AAdvantage deberá diligenciar la información específica de los aliados LifeMiles y AAdvantage*</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> ONE Light</p> <p>Diferido automático a: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> 36 meses</p> | <p>Débito automático/autorización de pago de cuota mensual con cargo a cuenta de cualquier entidad financiera</p> <p>Canal de pago <input type="checkbox"/> Sí Tipo: <input type="checkbox"/> Ahorros Banco: _____</p> <p>débito automático <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corriente _____</p> <p>Aplica para Tarjeta Crédito 01</p> <p>N.º de cuenta: _____ <input type="checkbox"/> Pago mínimo <input type="checkbox"/> Pago total</p> <p>Nota: No aplica para Banco W S.A., Banco De Las Microfinanzas Bancamía, Banco Pichincha, Banco Falabella, Banco Santander Negocios De Colombia</p> |
| Tarjeta Crédito 02 | <p>◆ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Marca compartida ¿Cuál? _____ Portafolio ONE ¿Cuál? _____</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> ONE Rewards</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> ONE Cashback</p> <p>Nota: Si solicita una Tarjeta Lifemiles o una AAdvantage deberá diligenciar la información específica de los aliados LifeMiles y AAdvantage*</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> ONE Light</p> <p>Diferido automático a: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> 36 meses</p> | <p>Débito automático/autorización de pago de cuota mensual con cargo a cuenta de cualquier entidad financiera</p> <p>Canal de pago <input type="checkbox"/> Sí Tipo: <input type="checkbox"/> Ahorros Banco: _____</p> <p>débito automático <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corriente _____</p> <p>Aplica para Tarjeta Crédito 02</p> <p>N.º de cuenta: _____ <input type="checkbox"/> Pago mínimo <input type="checkbox"/> Pago total</p> <p>Nota: No aplica para Banco W S.A., Banco De Las Microfinanzas Bancamía, Banco Pichincha, Banco Falabella, Banco Santander Negocios De Colombia</p> |
| Tarjeta Crédito 03 | <p>◆ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Marca compartida ¿Cuál? _____ Portafolio ONE ¿Cuál? _____</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> ONE Rewards</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> ONE Cashback</p> <p>Nota: Si solicita una Tarjeta Lifemiles o una AAdvantage deberá diligenciar la información específica de los aliados LifeMiles y AAdvantage*</p> <p>◆ <input type="checkbox"/> ONE Light</p> <p>Diferido automático a: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/> 36 meses</p> | <p>Débito automático/autorización de pago de cuota mensual con cargo a cuenta de cualquier entidad financiera</p> <p>Canal de pago <input type="checkbox"/> Sí Tipo: <input type="checkbox"/> Ahorros Banco: _____</p> <p>débito automático <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corriente _____</p> <p>Aplica para Tarjeta Crédito 03</p> <p>N.º de cuenta: _____ <input type="checkbox"/> Pago mínimo <input type="checkbox"/> Pago total</p> <p>Nota: No aplica para Banco W S.A., Banco De Las Microfinanzas Bancamía, Banco Pichincha, Banco Falabella, Banco Santander Negocios De Colombia</p> |

Tarjeta de crédito afiliada: ◆ Nombre completo del afiliado: _____

◆ Tipo de id.: T.I. Pasaporte Carné Dip. C.E. C.C. Cupo: No puede exceder cupo de la tarjeta del titular. Visa \$ _____ Mastercard \$ _____ American Express \$ _____

◆ Fecha de nacimiento del afiliado: DD MM AAAA

◆ País de nacionalidad: _____

LifeMiles Nombre completo del titular: _____ Tipo de id.: C.E. C.C. NIT N.º de id.: _____

Tiene viajero frecuente: Sí No N.º de viajero frecuente titular: _____ Elegir Beneficio: Estatus Silver Titular Voucher Titular Ceder el Estatus Silver Elite

Si marca Ceder Estatus Silver Elite al afiliado, se debe diligenciar los siguientes campos: **Estatus Silver solo aplica para Tarjetas Infinite**

Tiene viajero frecuente: Sí No N.º de viajero frecuente beneficiario: _____ Tipo de id.: C.E. C.C. NIT N.º de id.: _____

AAdvantage* Sí No N.º de membresía: _____ Nombre completo del titular: _____

Tiene viajero frecuente Sí No

◆ Tipo de crédito: Preaprobado Migración N.º de obligación _____ Monto solicitado: \$ _____ Plazo: (en meses) 12 24 36 48 60 72 Otro _____ N.º FRB: _____

Compra de cartera Libre inversión Retanqueo N.º de obligación _____ Esta opción requiere formato adicional

◆ Propósito del producto: _____ Pago de cuota mensual: (Válido del 03 al 24 de cada mes) El día _____ de cada mes Tasa Fija E.A. _____

La tasa ofrecida en principio para el desembolso del préstamo personal, puede variar de acuerdo con el estudio de crédito que se haga de la información suministrada en la presente solicitud.

Instrucciones de desembolso para crédito de Libre Inversión

Cuenta existente Scotiabank Colpatría Cuenta nueva Scotiabank Colpatría Cuenta en otro banco (ACH)

Tipo: Ahorros Corriente **Importante:** se debe diligenciar la sección cuentas de la página 3. Tipo de id.: C.C. NIT C.E. N.º de id.: _____

No. de cuenta: _____ Oficina dónde va a aperturar: Código de oficina: _____ Tipo: Ahorros Corriente N.º de cuenta: _____ Banco: _____

Cheque de gerencia **Nota:** Recuerde que el cheque de gerencia se gira únicamente a nombre del titular N.º de Id: C.C. Beneficiario: _____ Monto: \$ _____ Ciudad de emisión: _____

Acorde al día seleccionado para el pago, se causarán intereses de plazo desde el desembolso y la primera fecha de pago seleccionada, otorgando un plazo mayor a cortes de 30 días. Si el día del pago de la cuota mensual cae en un día no hábil, el pago se corre al día hábil siguiente.

Débito automático/autorización de pago de cuota mensual con cargo a cuenta de cualquier entidad financiera

Canal de pago Sí No Tipo: Ahorros Corriente Banco: _____ N.º de cuenta: _____

débito automático No Corriente _____ **Nota:** No aplica para Banco W S.A., Banco De Las Microfinanzas Bancamía, Banco Pichincha, Banco Falabella, Banco Santander Negocios De Colombia.

Tarjetas de crédito

Crédito de libre inversión

Crédito de Libranza

Tipo de crédito: Compra de cartera Libre inversión Retanqueo N.º de obligación _____ **Monto solicitado:** _____ \$

Propósito del producto: _____ N.º de convenio: _____ N.º FRB: _____ Plazo: 12 24 36 48 60 (en meses) 72 84 96 108 Otro _____

Instrucciones de desembolso para crédito de Libranza

Cuenta **existente** Scotiabank Colpatría Cuenta **nueva** Scotiabank Colpatría Cuenta en **otro banco (ACH)**

Tipo: Ahorros Corriente **Importante:** se debe diligenciar la sección cuentas de la página 3.

N.º de cuenta: _____ **Oficina dónde va a aperturar:** _____ **Código de oficina:** _____

Tipo de id.: C.C. NIT C.E. **N.º de id.:** _____

Tipo: Ahorros Corriente **N.º de cuenta:** _____ **Banco:** _____

En el caso que Scotiabank Colpatría S.A. no apruebe la totalidad de los montos de los préstamos de Libre Inversión y libranza, y sean aprobados hasta el 20% menos del monto arriba solicitado, autorizo su desembolso automático. **Autorizo:** Sí No

Crédito Rotativo

Tipo de crédito: Preaprobado Libre inversión **Monto solicitado:** _____ \$

Aumento de cupo Migración N.º de obligación _____

Propósito del producto _____

N.º FRB: _____ **Tasa Fija E.A:** _____

Débito automático/autorización de pago de cuota mensual con cargo a cuenta de cualquier entidad financiera

Canal de pago: Sí No **Tipo:** Ahorros Corriente **Banco:** _____

N.º de cuenta: _____ Pago mínimo Pago total

Nota: No aplica para Banco W S.A, Banco De Las Microfinanzas Bancamía, Banco Pichincha, Banco Falabella, Banco Santander Negocios De Colombia

La tasa ofrecida en principio para el desembolso del préstamo personal, puede variar de acuerdo con el estudio de crédito que se haga de la información suministrada en la presente solicitud

Instrucciones de desembolso para crédito rotativo

Cuenta **existente** Scotiabank Colpatría Cuenta **nueva** Scotiabank Colpatría

Tipo: Ahorros Corriente **N.º de cuenta:** _____

Oficina dónde va a aperturar: _____ **Código de oficina:** _____

Importante: se debe diligenciar la sección cuentas de la página 3.

CDT

Tipo: Apertura Reinversión **Clase:** Rentabilidad Capitalización **Valor del CDT:** _____ \$

Plazo: (En días) _____ **Tasa E.A:** _____ % **Titularidad:** Individual Conjunta Alternativa

Forma de pago de los intereses: Mensual Bimensual Trimestral Cuatrimestral Semestral Anual

Forma de abono de los intereses: Cheque Abono en cuenta **N.º de cuenta:** _____

Fecha expedición: DD MM AAAA

Cuentas

Cuenta 01

Tipo: Cuenta Cero Aho. Programado Aho. Nómina Aho. AFC Aho. Rentapremium Aho. Automático* Cte. Sobregiro** Cte. NO sobregiro Aho. Flexicuenta Aho. Bolsillo Chiquicuenta

Monto a debitar:** \$ _____ *Monto Sobregiro** \$ _____

Tipo de manejo: Individual Conjunta Alternativa **N.º de cuenta:** _____

Valor depósito mensual previsto: \$ _____ **N.º de depósito mensual:** _____

Propósito de la cuenta: Administración recursos de actividad económica principal Desembolso /pago de préstamos Pago de mesada pensional Otros Compra activos / Inversión Gastos personales Beneficios tributarios Ahorro

¿Cuáles? (pago de primas de seguros, ahorro programado, excedentes de liquidez, etc.) _____

Cuenta 02

Tipo: Cuenta Cero Aho. Programado Aho. Nómina Aho. AFC Aho. Rentapremium Aho. Automático* Cte. Sobregiro** Cte. NO sobregiro Aho. Flexicuenta Aho. Bolsillo Chiquicuenta

Monto a debitar:** \$ _____ *Monto Sobregiro** \$ _____

Tipo de manejo: Individual Conjunta Alternativa **N.º de cuenta:** _____

Valor depósito mensual previsto: \$ _____ **N.º de depósito mensual:** _____

Propósito de la cuenta: Administración recursos de actividad económica principal Desembolso/ pago de préstamos Pago de mesada pensional Otros Compra activos / Inversión Gastos personales Beneficios tributarios Ahorro

¿Cuáles? (pago de primas de seguros, ahorro programado, excedentes de liquidez, etc.) _____

Cuenta 03

Tipo: Cuenta Cero Aho. Programado Aho. Nómina Aho. AFC Aho. Rentapremium Aho. Automático* Cte. Sobregiro** Cte. NO sobregiro Aho. Flexicuenta Aho. Bolsillo Chiquicuenta

Monto a debitar:** \$ _____ *Monto Sobregiro** \$ _____

Tipo de manejo: Individual Conjunta Alternativa **N.º de cuenta:** _____

Valor depósito mensual previsto: \$ _____ **N.º de depósito mensual:** _____

Propósito de la cuenta: Administración recursos de actividad económica principal Desembolso/ pago de préstamos Pago de mesada pensional Otros Compra activos / Inversión Gastos personales Beneficios tributarios Ahorro

¿Cuáles? (pago de primas de seguros, ahorro programado, excedentes de liquidez, etc.) _____

Débito automático (aplica para apertura de Cuentas de Ahorro AFC) **Autorizo** de forma irrevocable a debitar de mi Cuenta de Ahorros AFC: Sí No el valor de la cuota mensual del crédito hipotecario nuevo otorgado para adquisición de vivienda, con fecha de desembolso: DD MM AAAA del cual soy titular.

5. Información laboral

Nombre de la empresa: _____ Tipo de id.: _____ N.º de NIT: _____
 C.C. NIT CE

Dirección del lugar de trabajo: _____ Barrio: _____

Ubicación del lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____ Extensión: _____
 Ciudad/Municipio: _____ Departamento: _____ País: _____

6. Operaciones internacionales Si la respuesta es sí, solo deben diligenciarse los campos que tiene relación con cada operación internacional.

| | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> ¿Hace operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Con cuál(es) país(es)? <input type="checkbox"/> Tipo de transacción: Monto remesas/Giros mensuales: \$ _____ <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Remesas <input type="checkbox"/> Otros, ¿cuáles? _____</p> <p>Número remesas/Giros mensuales: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> ¿Tiene productos en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo de producto: <input type="checkbox"/> Entidad: <input type="checkbox"/> Número de producto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Dónde tiene el producto?: Ciudad/Municipio: _____ Departamento/estado: _____ País: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Monto: \$ _____ <input type="checkbox"/> Moneda: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recursos mensuales: (Moneda Extranjera que maneja en la cuenta) <input type="checkbox"/> Cheque: \$ _____ <input type="checkbox"/> Efectivo: \$ _____</p> |
|--|---|

7. Residencia fiscal Si la respuesta es sí, solo deben diligenciarse los campos que tiene relación con cada residencia fiscal.

| | | |
|--|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> ¿Declara impuestos en otros países? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>TIN (Número de Identificación Tributario, por su sigla en inglés) es un número usado para identificar entidades o personas en temas relacionados con impuestos y otras acciones como abrir una cuenta bancaria.</p> | <p><input type="checkbox"/> Nombre del país 1: _____ <input type="checkbox"/> TIN país 1 disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre del país 2: _____ <input type="checkbox"/> TIN país 2 disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p><input type="checkbox"/> N.º de TIN: _____ <input type="checkbox"/> ¿Por qué no tiene un TIN? <input type="checkbox"/> TIN en trámite <input type="checkbox"/> El país no emite TIN</p> <p><input type="checkbox"/> N.º de TIN: _____ <input type="checkbox"/> ¿Por qué no tiene un TIN? <input type="checkbox"/> TIN en trámite <input type="checkbox"/> El país no emite TIN</p> |
|--|---|---|

8. Autorización de tratamiento de datos personales

Autoriza a Scotiabank Colpatria S.A., y/o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, a tratar sus datos personales conforme a los lineamientos de la Ley 1226/2008 y Ley 1581/2012, o las normas que complementen o modifiquen como se indica a continuación:

A. INFORMACIÓN PERSONAL (Datos de identificación, contacto, ubicación, demográficos, y los demás regulados por la Ley 1581 de 2012)

Estos datos serán recolectados, usados, comprobados, almacenados, modificados, procesados, monitoreados, ordenados, comparados, analizados, consultados en bases de datos legítimas, actualizados, combinados, divididos y asociados para las siguientes finalidades indispensables para el desarrollo de la actividad financiera:

i) Verificación de Identidad: Verificar su identidad al momento de la vinculación, ejecución o terminación de la relación contractual.

ii) Prospección Comercial y Perfilamiento de Clientes: Determinar la idoneidad de nuestros servicios de acuerdo a sus necesidades, hábitos de uso y comportamiento.

iii) Administración y Evaluación de Riesgo: Administrar y evaluar cualquier tipo de riesgo asociado a iniciar o continuar con una relación contractual relacionada a sus productos financieros.

iv) Cumplimiento de obligaciones contractuales: Dar cumplimiento a las obligaciones propias de la relación contractual en cualquiera de sus etapas.

También podemos transmitir su información personal a terceras personas ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, que cumplen con estándares adecuados de protección de datos, incluyendo a un potencial comprador, a cualquier título, o a aquellos que sean proveedores de servicio de almacenamiento físico o electrónico, servicios en la nube, servicios de tecnología o telecomunicaciones, mensajería, cobranza, servicios legales, servicios de avalúos, procesamiento de datos y transacciones, auditorías, identificación y control de riesgos e identificación de fraudes, operadores de bajo y alto valor, depósitos de valor, operadores biométricos, facturación electrónica y demás servicios relacionados con las finalidades indispensables a asociadas para la actividad financiera.

El tratamiento de su información para estas finalidades es indispensable para que Scotiabank Colpatria pueda suministrar productos y prestar servicios financieros.

AUTORIZACIÓN PARA FINES COMERCIALES Y TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN A TERCEROS: Queremos ofrecerle productos de acuerdo a sus necesidades y mantenerlo informado sobre las campañas de promoción, publicidad y programas de fidelidad, por esto, si usted nos autoriza, utilizaremos, almacenaremos, completaremos y poblaremos su información personal para ofrecer servicios o productos financieros, servicios comerciales y servicios de asistencia, de forma directa o a través de fuerzas de venta externa o aliados comerciales. El contacto podrá realizarse a través de cualquier medio de contacto recolectado legítimamente, redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea. Recuerde que usted podrá revocar esta finalidad en cualquier momento.

Si no está de acuerdo, marque aquí: No

Además, podemos transferir su información personal para fines comerciales, a nuestra casa matriz, The Bank of Nova Scotia, ubicada en Canadá (país reconocido por la Unión Europea por tener un estándar adecuado de protección de datos), y a las filiales de Scotiabank Colpatria S.A, ubicadas en la República de Colombia, enunciadas en la página web www.scotiabankcolpatria.com

La transferencia de su información no aplicará si usted marcó la casilla No.

DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD Estos datos serán recolectados y almacenados para las siguientes finalidades:

a) Datos Biométricos (Huella Dactilar, Iris, Voz, reconocimiento facial, características del comportamiento): Como mecanismo de identificación y autenticación.

b) Datos de Salud: Capturar el estado de salud en la declaración de asegurabilidad de un cliente cuando se trate de pólizas colectivas en donde el banco es el tomador del seguro.

c) Datos de menores de edad: Identificar al menor de edad cuando su representante legal o tutor apertura productos financieros a su nombre o a su favor.

Dada la naturaleza sensible de estos datos, usted tiene el derecho de negarse a entregarlos, en este evento, para el caso de los datos biométricos, podremos por cualquier medio razonable, acorde a los mecanismos que tengamos habilitados, garantizar el conocimiento de su identidad; para los datos de menores de edad, no podremos continuar con el proceso de vinculación, teniendo en cuenta la necesidad de contar con dicha información para el cumplimiento de nuestros deberes legales, y para el caso de los datos de salud se deberá tener presente que en caso de que el asegurado no declare el estado del riesgo no se podrá tomar el seguro colectivo con la aseguradora contratada por el banco.

En caso de que recolectemos datos personales de menores de edad, garantizaremos en todo momento los derechos del menor.

B. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CREDITICIA (Ley 1266 De 2008): Podremos consultar, actualizar o reportar el nacimiento, ejecución y extinción de sus obligaciones en la base de datos administrada por los operadores de información o bureaus de crédito, para las siguientes finalidades indispensables para el desarrollo de la actividad financiera:

a. Prospección Comercial y Perfilamiento de Clientes: Determinar la idoneidad de nuestros servicios a través del análisis de su comportamiento de pago y estudio de crédito.

b. Administración y Evaluación de Riesgo: Administrar y evaluar cualquier tipo de riesgo asociado a iniciar o continuar con una relación contractual asociada a cualquier producto financiero.

Además, para las finalidades a y b podremos transmitir a proveedores de servicios que realicen procesamiento o análisis de riesgos, auditorías contables, tributarias o financieras.

C. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL POR OTROS MEDIOS O CANALES.

Esto significa que podemos actualizar y poblar nuestras bases de datos haciendo uso de bases de datos legítimas de terceros para las finalidades enunciadas en el literal A y B de esta autorización. Estas bases de datos incluyen la administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos de Colombia) y de las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que ha estado vinculado, a quienes usted autoriza a compartir su información.

Adicionalmente, para comunicarnos con usted de forma efectiva podemos contactarlo a través de sus servicios de mensajería instantánea, redes sociales u otro tipo de comunicación digital. Esta información es determinada a través de la asociación de sus datos de contacto con dichos servicios.

También podemos usar la información relacionada a su interacción e identidad digital para conocerlo mejor y entender sus necesidades.

Así mismo, al utilizar nuestros canales digitales, podemos recopilar información sobre su dispositivo, sistema operativo, conexión a internet y datos de localización.

Esta información será utilizada para las finalidades enunciados en el literal A y B de esta autorización.

Adicionalmente, podemos monitorear, grabar y conservar sus llamadas telefónicas o cualquier otra comunicación electrónica y usar video vigilancia en los alrededores y dentro de nuestras oficinas, cajeros automáticos y otros lugares donde tengamos presencia, con la finalidad enunciada en el literal A, numeral iii) Administración y Evaluación de Riesgo.

Responsable: Scotiabank Colpatría S.A, con domicilio principal en la Cr 7 No. 24- 89 Piso 12 de la ciudad de Bogotá D.C., PBX.57-1-7456300 y página corporativa www.sciotiabankcolpatría.com. **Derechos del titular:** i) Conocer, actualizar y rectificar su información; ii) Solicitar prueba de la autorización; iii) Ser informado por el Banco respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; iv) Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio; v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando sea legalmente posible a través de la línea dispuesta para clientes y no clientes, en Bogotá 348 7877 y resto del país 01 800 094 4100. Conozca la política de tratamiento de la información en donde encontrará nuestros canales de atención disponibles en la página web de Scotiabank Colpatría.

9. Determinación de terceros

** Tercero es una persona que, sin ser el titular del producto o ser una persona autorizada para utilizar el producto, tiene la capacidad de imponer directa o indirectamente, decisiones sobre el uso y destino de los recursos del producto aún sin obtener los beneficios del producto u operación.

❖ ¿Existe un tercero que da instrucciones con el producto? ** Sí No

Si responde "Sí", por favor diligenciar el **Formato de Relaciones Secundarias**.

10. Débito Automático (cascada)

Autorizamos que el **banco** podría compensar o debitar de cualquier depósito de ahorro (a la vista, a término o con notificación al momento de su exigibilidad), o corriente, cualquier obligación líquida y exigible a cargo nuestro, por concepto de capital, intereses, comisiones; vencidas o por aceleración de la deuda. Se puede compensar en forma total o fraccionada con uno o varios depósitos a nuestro nombre. La presente autorización permanecerá vigente mientras subsista cualquier producto vigente a nuestro nombre y es irrevocable.

11. Exención del impuesto 4 x 1,000

Solicito beneficio de exención Sí No

Solicito a Scotiabank Colpatría S.A. Que la **cuenta N.º** _____ obtenga el beneficio previsto en el artículo 879 numeral 1 del Estatuto Tributario. Para lo cual manifiesto que: **(I)** conozco y acepto que la exención prevista en dicho artículo solo se puede aplicar a una cuenta de ahorros en el sistema financiero, siempre que no exceda el límite allí establecido, **(II)** manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud en razón a que no soy beneficiario(a) en ninguna otra cuenta de ahorros en Scotiabank Colpatría S.A o en otro establecimiento de crédito, **(III)** autorizo a Scotiabank Colpatría S.A a suministrar la información relacionada con la cuenta de ahorros a las autoridades correspondientes y a los demás establecimientos de crédito, para verificar la adecuada aplicación de la exención aquí solicitada, **(IV)** en el evento de duplicidad de cuentas de ahorro exentas en el sistema financiero, autorizo a Scotiabank Colpatría S.A expresa e irrevocablemente a retirar la exención del gravamen a los movimientos financieros (GMF) que solicito en el presente numeral, **(V)** en caso de ser una cuenta destinada para mesada pensional manifiesto que hago esta solicitud en razón a que lo percibo mensualmente por concepto de pensión no excede los (41) UVT. En el evento en el que Scotiabank Colpatría S.A sea obligado a pagar cualquier suma de dinero o a indemnizar cualquier perjuicio, sea directo o indirecto, material o inmaterial, como consecuencia de cualquier sanción, exonerándola de cualquier tipo de responsabilidad derivada de la marcación de la mencionada cuenta como exenta del GMF.

12. Información del Seguro Fogafin

He sido informado que el Banco se encuentra inscrito en FOGAFIN, y que mis depósitos en cuenta de ahorro, CDT, cuenta corriente, entre otros, se encuentran asegurados hasta cincuenta millones de pesos M/cte (**\$50,000,000.00**) por persona, en cada institución, independientemente del número de acreencias de las cuales sea titular esa persona, bien sea en forma individual, conjunta o colectiva con otras, para mayor información consulta en la página web del Banco.

13. Cobro Fee Único

Corresponde al cobro unificado de las cuotas de manejo relacionados a los productos transaccionales (tarjeta de crédito marca propia, cuentas y créditos rotativos). Esta opción aplica para los clientes Scotia Wealth Management, Premium y Preferente. El cobro del Fee Único podrá exonerarse hasta un 100% conforme al cumplimiento de las condiciones publicadas en **Scotiabank Colpatría S.A.** se reserva el derecho de cancelar la suscripción al evento de cobro de Fee Único previa comunicación al cliente, acorde con el tiempo estipulado en la normatividad vigente. El Cliente persona natural o el cliente persona jurídica, a través de su representante legal o quien haga sus veces, podrá solicitar la cancelación del beneficio de Fee Único de sus productos a través de sus canales atención (Oficinas, Call Center, Chat) en cualquier momento. Para mayor información sobre el método de cobro y sus beneficios, podrá consultarlo en www.sciotiabankcolpatría.com **FEE único** Sí No

14. Declaración voluntaria de origen de fondos

El abajo firmante, obrando en nombre propio o en representación del titular de la cuenta o producto de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente declaración de origen legal de fondos a la entidad financiera **SCOTIABANK COLPATRIA S.A.** y/o cualquiera de sus filiales o matriz, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663/93), la Ley 190/95, Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes, para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito a término y certificados de depósito de ahorro a término, o cualquier otra operación financiera, comprendida dentro del giro ordinario de la misma.

❖ 1.- Los recursos que entregué en depósito para la apertura de la cuenta o producto y los sucesivos depósitos, inversiones o pagos a cada uno de los productos, provienen de las siguientes fuentes:

- Ingresos por actividad económica ocupación principal Aportes familiares Venta de activos Herencia Préstamos
 Otros ¿Cuales? _____

2.- Declaro que los recursos que entregué o que utilizo en las operaciones no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la Ley Colombiana.

3.- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas o que sean producto de tales actividades, contempladas en la Ley Colombiana, o en cualquier norma que la modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4.- No permitiré a terceras personas el uso de la(s) cuenta(s) para la administración y/o utilización de recursos que se deriven de la actividad económica de estas, aun cuando tales actividades tengan un origen lícito. Yo confirmo que todos los fondos depositados en la(s) cuenta(s) serán en beneficio del(los) titular(es) de la(s) misma(s) y no serán usados para el beneficio de otra(s) persona(s) que no sea(n) la(s) nombrada(s).

5.- Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, o a dar por terminadas las operaciones propia del giro ordinario de su actividad como entidad financiera, en el caso de infracción de cualquier de los numerales mencionados anteriormente.

15. Inscripción y Mantenimiento Segmento

La calificación del segmento está dada por políticas del banco.

Scotiabank Colpatría S.A. se reserva el derecho de validar el cumplimiento de las condiciones requeridas para ser calificado en cada tipo de segmento al momento de la presente solicitud y en cualquier momento. En el evento que no se cumplan las condiciones, se recalificará al segmento correspondiente del cliente al momento de la activación del producto. Si con posterioridad no se cumplen las condiciones de cada segmento, el Banco notificará el cambio de segmento en forma previa. Así mismo, el Banco se reserva el derecho de modificar las condiciones que determinan cada segmento, lo que será notificado en forma previa. El cliente declara que los beneficios derivados de cada segmento le son únicamente aplicables si cumple la totalidad de condiciones para ser calificado en cualquiera de los segmentos determinados por el Banco.

16. Declaración Presentación del Valor Total Unificado VTU

Entiendo que el **Valor Total Unificado (VTU)** se encuentra a mi disposición en la página web del Banco y consiste en una medida que respecto al uso del (los) producto(s) a adquirir: **I)** Proyecta el monto total a pagar por el cliente potencial o **II)** Proyecta el monto total recibido y pagado. No es una tasa de interés y por tal razón no corresponde a una oferta comercial. Así mismo, entiendo que el VTU corresponde a una proyección de ingresos y cobros inherentes a la operación o asociados al producto y no necesariamente a montos efectivamente recibidos o pagados por el cliente, tampoco incluye los costos transaccionales que podrían presentarse por el uso del(los) producto (s) al no existir certeza sobre su ocurrencia.

17. Asegurabilidad**Tomador:** Scotiabank Colpatría S.A.**Asegurado:** _____**Tipo de id.:** T.I. C.C. C.E. Registro Civil Pasaporte Carné Dip.**No. de id.:** _____**Fecha de nacimiento:**

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Aseguradora: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. NIT 860.002.183-9 código clausulado 07/11/2018-1404-P-34-V1600/NOVIE/2018-D00 ó la Aseguradora adjudicataria en futuras licitaciones.

Beneficiario oneroso: Scotiabank Colpatría S.A.**Amparos y valor asegurado:** Muerte e incapacidad total y permanente por el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro y Asistencia Legal Telefónica.**Vigencia:** Desde la fecha y hora del desembolso de la solicitud del cliente hasta la cancelación de la obligación (renovable mensualmente).**Solicito la inclusión en la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Consumo,** Sí No**Solicito la inclusión en la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Tarjeta de Crédito** Sí No**El valor de la prima de la póliza Vida Grupo Deudores**

es de \$ _____ por millón adeudado (Consumo)

y/o prima diferencial de acuerdo al saldo de deuda de la tarjeta de crédito, valor que estará incluido en el pago mínimo mensual del producto solicitado. Los valores de prima de seguro por cada rango de deuda se pueden consultar en [www.scotiabankcolpatria.com/seguros/Seguros de Vida deudor / Vida deudor tarjeta de Crédito](http://www.scotiabankcolpatria.com/seguros/Seguros%20de%20Vida%20deudor/Vida%20deudor%20tarjeta%20de%20Crédito).

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro individual, conforme a los artículos 1068 y 1152 del Código de Comercio. Sin perjuicio no aceptar las anteriores inclusiones, en el evento en que el deudor no presente el endoso de la póliza que tome por su cuenta y/o de la renovación anual de la misma, este será incluido en forma automática en la póliza de Vida Grupo Deudor vigente.

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? Sí No **¿Cuál?** _____**¿Desde cuándo?**

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Toma actualmente algún medicamento? Sí No **¿Cuál?** _____**¿Desde cuándo?**

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Declaración de asegurabilidad

Si la respuesta es negativa declaro que mi estado de salud es normal: No padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, músculo-esquelético, neurológico, hemolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afectaciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido o tengo pendientes tratamientos o intervenciones quirúrgicas en la actualidad, de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados. No padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados.

2. La información suministrada en este documento es completa y verídica, por lo tanto a falsedad, omisión, error o reticencia en ella, producirá la nulidad relativa del seguro y demás consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

3. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a la compañía de seguros seleccionada por el banco a **suministrar mi historia clínica** y todos aquellos datos que en ella se registre o lleguen a ser registrados y obtener copia de este documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.

Para conocer el procedimiento de reclamación por siniestro, plazos y documentación requerida por favor ingresar a www.scotiabankcolpatria.com, en la barra roja buscar Seguros, y dirigirse a Seguro de vida Deudor Consumo o Seguro de vida Deudor tarjeta de crédito.

Libertad de contratación: El deudor podrá elegir con qué compañía de seguros contratará la póliza de seguro, en caso de tomar la póliza con otra aseguradora, podrá consultar el procedimiento y requisitos de endoso ingresando a www.scotiabankcolpatria.com, link seguros.

En caso de no tomar la póliza colectiva con el Banco, deberá aportar la póliza endosada a favor de Scotiabank Colpatría S.A., antes de la entrega de la Tarjeta de Crédito y/o desembolso del crédito y mantenerla vigente durante el plazo del crédito. En caso de no ser entregada la póliza endosada antes del vencimiento de su vigencia o no se cumpla con la totalidad de los requisitos exigidos, autorizo a Scotiabank Colpatría S.A., para que contrate a mi cargo el seguro, incluyéndome de manera automática en la póliza colectiva del Banco y realizándose el respectivo cobro de la prima hasta la regularización del endoso, sin que exista obligación de devolución de las primas ya cobradas por parte del Banco.

Las pólizas colectivas que **Scotiabank Colpatría S.A.** contrata como tomador y por cuenta de sus deudores, se licitan periódicamente cada dos años por mandato del Decreto 673 de 2014, por lo tanto las condiciones de seguro y valor de prima podrán modificarse como resultado de dicho proceso.

Firma del solicitante: _____**18. Aceptación del reglamento**

El cliente declara que conoce, acepta y se adhiere a las condiciones del Reglamento de los Productos y Servicios solicitados en el presente documento. Así mismo, declaro que he sido informado que en forma permanente se encuentra dicho Reglamento en la página web del Banco.

N.º de documento: _____**Firma del solicitante:** _____**Huella:** _____**Fecha de diligenciamiento:**

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO/ASESOR

◆ **Fecha entrevista** **Hora entrevista** A.M. P.M. **Entrevista presencial:** Sí No **Lugar de la entrevista:** _____ **Resultado de la entrevista:** Aceptada Rechazada

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

◆ **Observaciones:**

◆ **Funcionario Scotiabank** **Nombre del Asesor / Ejecutivo:** _____ **N.º id. asesor:** _____ **Cargo:** _____ **Código asesor:** _____

Colpatría: Sí No

Código gestor: _____ **Código oficina/sucursal:** _____ **Canal de venta:** Oficinas TMK B@W

Vendors/FVE Digital Línea de Atención

Cliente expatriado

◆ **Firma del asesor:** _____

Certifico que llevé a cabo el proceso establecido para conocimiento de cliente y realicé la validación y confirmación de firmas.

VERIFICACIÓN DE DATOS - VENTA TELEFÓNICA

Yo _____ Identificado con _____ N.º _____

Certifico que con el original del documento de identificación todos los datos suministrados por el solicitante en el numeral 1 del presente documento y que la entrevista fue realizada en la dirección y/o empresa registrada en el numeral 5 del presente documento.

Fecha de Visita:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| DD | MM | AAAA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Firma del Documentador: _____