



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

| | | | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|--------|----------|---------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DÍA | MES | AÑO | CIUDAD | SUCURSAL | No FORMULARIO |
|---------------------------|-----|-----|-----|--------|----------|---------------|

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

| CLASE DE VINCULACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN |

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|-----------------|------------------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|-----------------|------------------|---------|

| | | |
|---|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil) C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No: _____ | SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|

| | | | | |
|------------------------------------|---------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO | LUGAR DE EXPEDICIÓN | FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO) |
|------------------------------------|---------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------------------|

| | | | | |
|-------------|--|---|--------------------|-----------|
| No DE HIJOS | VIVIENDA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | TIENE VEHÍCULO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | OCUPACIÓN / OFICIO | PROFESIÓN |
|-------------|--|---|--------------------|-----------|

| | |
|-------------------|---|
| TIPO DE ACTIVIDAD | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/> |
|-------------------|---|

| | | | | | |
|----------------------|--------|--------------|------|----------|---------|
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | CIUDAD | DEPARTAMENTO | PAÍS | TELÉFONO | CELULAR |
|----------------------|--------|--------------|------|----------|---------|

| | | | |
|-----------------------------|-------------|-----------------------|--|
| CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL | ZONA POSTAL | RESPONSABILIDADES RUT | RESPONSABLE IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------|-----------------------|--|

| | | |
|------------------------------|------|-------|
| NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA | ÁREA | CARGO |
|------------------------------|------|-------|

| | | | | | |
|-------------------|--------|--------------|------|----------|---------|
| DIRECCIÓN OFICINA | CIUDAD | DEPARTAMENTO | PAÍS | TELÉFONO | CELULAR |
|-------------------|--------|--------------|------|----------|---------|

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

| | |
|---|---|
| 1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ |
| 2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP*? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DILIGENCIE ANEXO 1 |
| 3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

| 2.1. BALANCE | 2.2. INGRESOS Y EGRESOS |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| TOTAL ACTIVOS (A) \$ _____ | INGRESOS MENSUALES \$ _____ |
| TOTAL PASIVOS (B) \$ _____ | EGRESOS MENSUALES \$ _____ |
| TOTAL PATRIMONIO (A - B) \$ _____ | OTROS INGRESOS MENSUALES \$ _____ |

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

| | |
|--|---|
| REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> |
| | IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Cuál: _____ |

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO | MONEDA | PAÍS | CIUDAD |
|------------------|-------------------------------------|---------|-------|--------|------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

| VINCULO/ RELACIÓN* | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO ID | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NACIONALIDAD | ENTIDAD | CARGO | FECHA DE DESVINCULACIÓN |
|--------------------|---------------------|---------|--------------------------|--------------|---------|-------|-------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* **Vínculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 1674 de 2016): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.

* **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.

* **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.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. DAR DETALLE:

4. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si__ No__.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdeleestado.com

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

- He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
- He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
- Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

- Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda),o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros.

2. INTERMEDIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

- Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).

4. BENEFICIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

- En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

6 FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA
INDICE
DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|--|-----|--|-----|-------|------|--------------------------|----------------|
| FECHA | DÍA | | MES | | AÑO | | HORA | ____ : ____ | OBSERVACIONES: |
| <hr/> | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA | | | | | | CARGO | | SUCURSAL / INTERMEDIARIO | |
| | | | | | | | | FIRMA | |



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVILES

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | | | | | | |
|--|-----|--|---------------|-------------------------|----------|-----------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DÍA | MES | AÑO | CIUDAD | SUCURSAL | No FORMULARIO |
| TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO | | | | | | |
| TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL TOMADOR _____ | | | | | | |
| TIPO DOCUMENTO: C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No. DOCUMENTO _____ | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | | NOMBRES | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: | | | | DEPARTAMENTO | CIUDAD | |
| CELULAR/CONTACTO | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO | | | | | | |
| PLACA | | | MARCA Y LINEA | | | |
| CLASE VEHICULO | | MUNICIPIO HABITUAL DE OPERACIÓN DEL VEHICULO | | | SERVICIO | |
| TRAYECTO | | | | MODELO (EDAD VEHICULO) | | |
| VALOR COMERCIAL (Sin accesorios no originales) | | | | VALOR DE LOS ACCESORIOS | | |
| ACCESORIOS | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN | | MARCA | VALOR | DESCRIPCIÓN | | VALOR |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| SISTEMA DE RASTREO | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso positivo indique cual? _____ | | | | | | |
| COBERTURAS OPCIONABLES: COBERTURA COMPLETA <input type="checkbox"/> SOLO R.C.E. <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? _____ | | | | | | |
| DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL SEGURO | | | | | | |
| 1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO 2. FOTOCOPIA DE LICENCIA DE TRANSITO (TARJETA DE PROPIEDAD) A NOMBRE DEL ASEGURADO 3. FOTOCOPIA DE FACTURA DE COMPRA PARA VEHÍCULOS NUEVOS O DE IMPORTACIÓN DIRECTA. | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN | | | | | | |
| Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades: | | | | | | |
| a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. | | | | | | |
| b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos. | | | | | | |
| c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras. | | | | | | |
| d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización SI___ No___. | | | | | | |
| Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com . | | | | | | |
| Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com | | | | | | |
| CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACIÓN | | | | | | |
| De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así: | | | | | | |
| 1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo. | | | | | | |
| 2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s). | | | | | | |
| 3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero. | | | | | | |
| FIRMA Y HUELLA | | | | | | |
| DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO | | | | | | |
| FIRMA DEL CLIENTE | | | | | | HUELLA INDICE DERECHO |