

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO		
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR <b>COMPLETAMENTE</b> 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			
<div><input type="checkbox"/> TOMADOR<input type="checkbox"/> ASEGURADO<input type="checkbox"/> AFIANZADO<input type="checkbox"/> APODERADO</div> <div><input type="checkbox"/> BENEFICIARIO<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO<input type="checkbox"/> PROVEEDOR<input type="checkbox"/> OTRA</div> <div>¿Cuál? _____</div>						<div><input type="checkbox"/> VINCULACIÓN<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN</div> <div><input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN</div>			
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO									
TOMADOR - ASEGURADO <div><input type="checkbox"/> Familiar<input type="checkbox"/> Comercial<input type="checkbox"/> Laboral<input type="checkbox"/> El mismo<input type="checkbox"/> Otra</div>						¿Cuál? _____			
TOMADOR - BENEFICIARIO <div><input type="checkbox"/> Familiar<input type="checkbox"/> Comercial<input type="checkbox"/> Laboral<input type="checkbox"/> El mismo<input type="checkbox"/> Otra</div>									
ASEGURADO - BENEFICIARIO <div><input type="checkbox"/> Familiar<input type="checkbox"/> Comercial<input type="checkbox"/> Laboral<input type="checkbox"/> El mismo<input type="checkbox"/> Otra</div>									
1. INFORMACIÓN GENERAL									
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL						NIT		DV	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)						SEXO		ESTADO 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. _____						F M		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		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
DÍA	MES			AÑO	DÍA				
POR SU CARGO O ACTIVIDAD :									
1. ¿ES PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (DECRETO 1674 DE 2016)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____				
2. ¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					5. ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PPE*? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DILIGENCIE ANEXO 1				
3. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INDIQUE: _____					6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____									
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
DATOS OFICINA PRINCIPAL					DATOS SUCURSAL O AGENCIA				
DIRECCIÓN					DIRECCIÓN				
DEPARTAMENTO					DEPARTAMENTO				
CIUDAD					CIUDAD				
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO	FAX	
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN) SI ES A SU VEZ PERSONA JURÍDICA QUE NO COTIZA EN BOLSA DE VALORES DILIGENCIE ANEXO 2 HASTA RELACIONAR LA (S) PERSONA (S) NATURAL (ES) QUE EJERCEN EL CONTROL.									
No.	TIPO ID	NÚMERO ID	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO		¿COTIZA EN BOLSA DE VALORES?	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PPE*? SI, ANEXO 1	¿ES SUJETO DE TRIBUTACIÓN EN OTROS PAÍSES? Indique		% PARTICIPACIÓN
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria; PA. Pasaporte; SEN. Sociedad Extranjera.									
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 PÚBLICAMENTE EXPUESTAS									
VÍNCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN	
ANEXO 2 - CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES									
TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL		% PART.	RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA		NIT		

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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)

5. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos de la Persona Jurídica que represento o de las personas naturales vinculadas a la misma.

Entiendase como **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** a la sociedad: Dirección: Teléfono y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** y/o al **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** y/o al **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA e INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** y/o el **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página **www.segurosdelestado.com**. Igualmente, la Persona Jurídica que represento se compromete a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** y/o al **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico **info@segurosdelestado.com**.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO O ENTIDAD PERTINENTE.

1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  
b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.

2. INTERMEDIARIOS

a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  
b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.

4. BENEFICIARIOS

a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

a. 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.

7. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA

8. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA

¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?

OBSERVACIONES

RESULTADO: ACEPTADO RECHAZADO

NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA CARGO

CLAVE INTERMEDIARIO DE SEGUROS

SUCURSAL FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA CARGO

SUCURSAL FIRMA

\* Persona Púbicamente Expuesta (PPE):

Administradores (Ley 222 de 1995, Art 22):

Vinculados:

Nota Interpretativa Recomendación 24 - GAFI:

SARLAFT-001-J-2017 - V6

ABRIL 2017