



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**  
**PERSONA JURÍDICA**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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

NIT. 860.009.174

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD
---------------------------	-----	-----	-----	--------

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)**. POR OTRO LADO, EN EL CASO QUE LA PERSONA QUE DILIGENCIE EL FORMULARIO LO ESTÉ HACIENDO EN CALIDAD DE BENEFICIARIO, DEBERÁ MARCAR EN CLASE DE VINCULACIÓN **BENEFICIARIO** Y DILIGENCIAR ÚNICAMENTE LOS NUMERALES 1 Y 7.

CLASE DE VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	¿Cuál?
	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA	

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO						
TOMADOR - ASEGURADO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	¿Cuál?
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	

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. _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO			

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:	SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
--	---	--------------

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			
---------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--	-----	--	--	--

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). IGUALMENTE, IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3 SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACIÓN TRIBUTARIA EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES.

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1 Administra Recursos Públicos	2. Ejerce algún Grado de Poder Público	3. Goza de Reconocimiento Público	4. Obligado a Declaración Tributaria Indique País	% PARTICIPACIÓN
1	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
2	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
4	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

2.1. BALANCE		2.2 INGRESOS Y EGRESOS	
TOTAL ACTIVOS	\$	INGRESOS MENSUALES	\$
TOTAL PASIVOS	\$	EGRESOS MENSUALES	\$
TOTAL PATRIMONIO	\$	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

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 PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN											
Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de <b>SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.</b> , que en adelante se denominarán <b>LAS ASEGURADORAS</b> , el suscrito ha suministrado datos de la persona jurídica que represento o de las personas naturales vinculadas a la misma.											
En consecuencia, autorizo a <b>LAS ASEGURADORAS</b> 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 <b>LAS ASEGURADORAS</b> a entregar o compartir la información con <b>FASECOLDA e INVERFAS S.A.</b> ; 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 <b>LAS ASEGURADORAS</b> 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 <a href="http://www.segurosdelestado.com">www.segurosdelestado.com</a> . 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 <b>LAS ASEGURADORAS</b> 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 <a href="mailto:info@segurosdelestado.com">info@segurosdelestado.com</a> .											
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS											
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO.											
1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO					3. PROVEEDORES						
a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).					a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).						
b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.					b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.						
c. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.					4. BENEFICIARIOS						
2. INTERMEDIARIOS					a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.						
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											
										HUELLA	
FIRMA DEL CLIENTE											
8. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA						9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE					
FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA		FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA						OBSERVACIONES					
¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?											
OBSERVACIONES											
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>											
NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA				CARGO							
CLAVE			INTERMEDIARIO			NOMBRE DE QUIEN VERIFICA				CARGO	
SUCURSAL			FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO			SUCURSAL			FIRMA		