



**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	
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 DILIGENCIA 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 <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA				¿Cuál? _____
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						
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 M	ESTADO CIVIL 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 DÍA MES AÑO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD 1		NACIONALIDAD 2		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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
DIRECCIÓN RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO		CELULAR	
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA			ÁREA		CARGO	
DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		CIUDAD		TELÉFONO FAX
POR SU CARGO O ACTIVIDAD: 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"/>				SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____ _____		
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	
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 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 personales.											
En consecuencia, autorizo a LAS ASEGURADORAS 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 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 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.segurosdeleestado.com . Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.											
De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a LAS ASEGURADORAS 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@segurosdeleestado.com .											
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS											
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN											
<div><div><div>1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO</div><div>a. 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.</div><div>b. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.</div><div>2. INTERMEDIARIOS</div><div>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</div></div><div><div>3. PROVEEDORES</div><div>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).</div><div>b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).</div><div>4. BENEFICIARIOS</div><div>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</div><div>5. APODERADO</div><div>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.</div></div></div>											
7. FIRMA Y HUELLA											
DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO											
<div></div> <div>FIRMA DEL CLIENTE</div>										<div></div> <div>HUELLA</div>	
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	