


FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD			
TIPO DE SEGURO SOLICITADO							
VIDA GRUPO <input type="checkbox"/> VIDA GRUPO DEUDORES <input type="checkbox"/> COLECTIVO DE VIDA <input type="checkbox"/> CONVENCION USO <input type="checkbox"/> ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/> VIDA GRUPO GASTOS EMERGENTES <input type="checkbox"/> PÓLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____							
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	<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 EL BENEFICIARIO							
TOMADOR - ASEGURADO			<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				
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. _____				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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 VINCULO 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 <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, APOORTE 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	% 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. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION									
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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, la Persona Jurídica que represento se compromete a actualizar toda la información anualmente.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>									
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 a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT). 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.					3. PROVEEDORES 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.					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.				
IMPORTANTE GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERDADERAS EN LA FORMA EN QUE APARECEN ESCRITAS. ACEPTO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA BASE DE LA PÓLIZA QUE SE ME EXPIDA Y QUE SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD O ACEPTACIÓN ALGUNA, SI NO HASTA QUE SE LO MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO, SIEMPRE Y CUANDO QUE PARA ENTONCES ME ENCUENTRE EN BUEN ESTADO DE SALUD, IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETIENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. , LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MAS ONEROSAS. ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.									
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 INDICE DERECHO	
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	