

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).							
<b>CLASE DE VINCULACIÓN</b>					<b>TIPO DE SOLICITUD</b>		
<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		
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO</b>							
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							
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>							
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL					NIT	DV	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>							
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		
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		
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	
NACIONALIDAD 1			NACIONALIDAD 2				
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 _____							
<b>DATOS OFICINA PRINCIPAL</b>				<b>DATOS SUCURSAL O AGENCIA</b>			
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.							
<b>2. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>							
<b>2.1. BALANCE</b>				<b>2.2 INGRESOS Y EGRESOS</b>			
TOTAL ACTIVOS (A)		\$ _____		INGRESOS MENSUALES		\$ _____	
TOTAL PASIVOS (B)		\$ _____		EGRESOS MENSUALES		\$ _____	
TOTAL PATRIMONIO (A - B)		\$ _____		OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ _____	
CONCEPTO OTROS INGRESOS:							
<b>2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>							
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	
<b>ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS</b>							
VINCULO/RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN
<b>ANEXO 2 - CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES</b>							
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.

<p><b>1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO</b></p> <p>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.</p> <p><b>2. INTERMEDIARIOS</b></p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p>	<p><b>3. PROVEEDORES</b></p> <p>a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.</p> <p><b>4. BENEFICIARIOS</b></p> <p>a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.</p> <p><b>5. APODERADO</b></p> <p>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.</p>
---	---

**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					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 DE SEGUROS			NOMBRE DE QUIEN VERIFICA			CARGO	
SUCURSAL		FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO			SUCURSAL		FIRMA		

\* **Persona Públicamente Expuesta (PPE):** Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 de 2016): los 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.

**Administradores (Ley 222 de 1995, Art 22):** Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones.

**Vinculados:** Personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta en segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las Personas Públicamente Expuestas.

**Nota Interpretativa Recomendación 24 - GAFI:**  
 Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país, o identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas, y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.