

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).

CLASE DE VINCULACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
<input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN

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"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		

ALGÚN ADMINISTRADOR* O VINCULADO*, DILIGENCIE ANEXO 1	4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____
1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE ADMINISTRADOR Y PEP*? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DILIGENCIE ANEXO 1
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____

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? _____	No DE EMPLEADOS:
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	---	-------------------------------	--------------	------------------

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

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
-----------------------------	--------	--------------	------	----------	---------

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
------------------------------	--------	--------------	------	----------	---------

DIRECCIÓN RESIDENCIA REPRESENTANTE LEGAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
--	--------	--------------	------	----------	---------

CORREO ELECTRÓNICO	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--------------------	-------------	-----------------------	--

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 PEP*? 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"/>		

CC: Cédula Ciudadanía; CE: Cédula Extranjería; TI: Tarjeta de Identidad; NIT: Número de Identificación Tributaria; PA: Pasaporte; SEN: Sociedad Extranjera.

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A)	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS (B)	\$ _____	EGRESOS MENSUALES*	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO (A-B)	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS: _____

2.2 INGRESOS Y EGRESOS

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 EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ 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

ANEXO 3 - MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA U ÓRGANO QUE HAGA SUS VECES

No.	TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE COMPLETO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP? SI, ANEXO 1	No.	TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE COMPLETO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP? SI, ANEXO 1
1				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

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:

4. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si__ No__.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

5. 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. BENEFICIARIOS

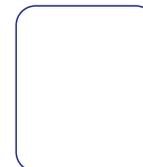
- a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- b. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

2. APODERADO

- a. En caso de que el beneficiario se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

6. FIRMA Y HUELLA

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



HUELLA INDICE DERECHO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL BENEFICIARIO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	OBSERVACIONES:
_____	_____	_____	_____	_____ : _____	_____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL	FIRMA
_____	_____	_____	_____

* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Comprende las Personas Expuestas Políticamente (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; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.

* **PEP Extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP Extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.

* **PEP de Organizaciones Internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de Organizaciones Internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

* **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 Expuestas Políticamente, los familiares hasta en segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las Personas Expuestas Políticamente.

* **Los Egresos Mensuales son operativos, incluyen costos y gastos.**

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 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.