

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				
<div><input type="checkbox"/> TOMADOR<input type="checkbox"/> ASEGURADO<input type="checkbox"/> AFIANZADO<input type="checkbox"/> APODERADO</div> <div><input type="checkbox"/> BENEFICIARIO<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO<input type="checkbox"/> PROVEEDOR<input type="checkbox"/> OTRA</div> <div>¿Cuál? _____</div>							<div><input type="checkbox"/> VINCULACIÓN<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN</div> <div><input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN</div>				
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											
1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)*? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____											
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? 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											
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? 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"/>											
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 <input type="checkbox"/>											
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*? SÍ, 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						2.2 INGRESOS Y EGRESOS					
TOTAL ACTIVOS (A)			\$ _____			INGRESOS MENSUALES			\$ _____		
TOTAL PASIVOS (B)			\$ _____			EGRESOS MENSUALES*			\$ _____		
TOTAL PATRIMONIO (A - B)			\$ _____			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
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? SÍ, ANEXO 1	No.	TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE COMPLETO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP? SÍ, 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 ORGEN 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 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO O ENTIDAD PERTINENTE.

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

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.

3. PROVEEDORES

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).

b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.

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.

6. FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE

HUELLA INDICE DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	____ : ____	OBSERVACIONES:
<div></div> <div></div> <div></div>									

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA
<div>* 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.</div> <div>* 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.</div> <div>* 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.</div> <div>* 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 detenten esas funciones.</div> <div>* 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.</div> <div>* Los Egresos Mensuales son operativos, incluyen costos y gastos.</div> <div>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.</div>			

SARLAFT-001-J-2021-V10

AGOSTO 2021