

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"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA	¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN		

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)			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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL			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
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN

TIPO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA SOCIO PENSIONADO ASALARIADO EMPLEADO PÚBLICO INDEPENDIENTE CIU

DIRECCIÓN RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
----------------------	--------------	--------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	CELULAR
--------------------	----------	---------

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
------------------------------	------	-------

DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO	FAX
-----------	--------------	--------	----------	-----

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO ¿Cuál? _____

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 NO

EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

IMPORTACIONES OTRA 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 TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN											
<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 personales.</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, me comprometo 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											
1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO 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.					3. PROVEEDORES a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT). b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).						
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.						
7. FIRMA Y HUELLA											
DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO											
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL CLIENTE</p>											
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		