



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

**PERSONA NATURAL**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

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"/> 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		
<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>						
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		NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)				
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
No DE HIJOS		VIVIENDA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIENE VEHÍCULO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN / OFICIO
TIPO DE ACTIVIDAD		PROFESIÓN				
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/>						
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
TELÉFONO		CELULAR				
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			CORREO FACEBOOK			USUARIO TWITTER
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA		CARGO
DIRECCIÓN OFICINA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS
TELÉFONO		CELULAR				

<b>POR SU CARGO O ACTIVIDAD :</b>						
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 VINCULO 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"/>		6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
				INDIQUE: _____		

<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		\$ _____

<b>CONCEPTO OTROS INGRESOS:</b>						
<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

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS**

VINCULO/RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

\* **VINCULO/RELACION:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil ( hijos adoptivos o padres adoptantes).

\* **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): 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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, Y DEBER 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 personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mí suministrada.

En consecuencia, autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a **LAS ASEGURADORAS** para:

- a) Realizar el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, prestación de servicios de asistencia, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**. Entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar, suministrar y reportar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información. SI  NO
- b) Realizar el tratamiento de datos sensibles de acuerdo con lo estipulado en el artículo 6° y 7° de la Ley 1581 de 2012, en especial, aquellos datos relacionados con niños, niñas y adolescentes, en el evento que llegue a suministrarlos. SI  NO
- c) Realizar el tratamiento de mis datos personales para labores de mercadeo, comercialización de seguros y encuestas de servicio. SI  NO

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de LAS ASEGURADORAS, el cual se encuentra publicado en las páginas: [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com) y [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com).Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdelestado.com](mailto: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.

**6. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

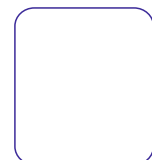
- 1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO**
- a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) ó Estados Financieros.
- 2. INTERMEDIARIOS**
- a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.
- 3. PROVEEDORES**
- a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  
b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).
- 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 anexas 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

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CLIENTE



HUELLA INDICE DERECHO

**8. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA**

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	_____:
	_____	_____	_____		

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

RESULTADO: ACEPTADO  RECHAZADO

NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

CLAVE	INTERMEDIARIO DE SEGUROS
SUCURSAL	FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO

**9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	_____:
	_____	_____	_____		

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
SUCURSAL	FIRMA