SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

SOLICITUD DE SEGUROS GENERALES Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONA JURÍDICA

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD

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 ☐ TOMADOR ☐ ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ APODERADO ☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ¿Cuál? _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO

TOMADOR - ASEGURADO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra
TOMADOR - BENEFICIARIO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra
ASEGURADO - BENEFICIARIO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra

¿Cuál? _____

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)

C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ No._____

SEXO: F M

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ OTRO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI ☐ NO ☐
3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI ☐ NO ☐

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____

¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?_____

TIPO DE EMPRESA PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ CUÁL?

ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ CIIU

DATOS OFICINA PRINCIPAL			DATOS SUCURSAL O AGENCIA		
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). IGUALMENTE, IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3 SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACIÓN TRIBUTARIA EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES.

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1 Administra Recursos Públicos	2. Ejerce algún Grado de Poder Público	3. Goza de Reconocimiento Público	% PARTICIPACIÓN
1	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
2	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
3	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
4	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS	$_____
TOTAL PASIVOS	$_____
TOTAL PATRIMONIO	$_____

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES	$_____
EGRESOS MENSUALES	$_____
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	AMPARO AFECTADO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
					SI ☐	NO ☐
					SI ☐	NO ☐

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

4.1 INFORMACIÓN TÉCNICA

RAMO PRODUCTO						NÚMERO DE PÓLIZA
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS			TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS			TIPO DE NEGOCIO
D D	M M	A A A A	D D	M M	A A A A	100% CIA ☐ COASEGUROS ☐ CEDIDO ☐ ACEPTADO ☐

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADO	NIT O CC.	DIRECCIÓN Y TELÉFONO.

BENEFICIARIO	NIT	DIRECCIÓN	CIUDAD
DIRECCIÓN DEL RIESGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO

4.2. INFORMACIÓN RIESGO TERREMOTO SEGÚN CIRCULAR EXTERNA No. 011 DE 2013. (1)

TIPO DE PÓLIZA: 1 = ORDINARIA ___ 2 = HIPOTECARIA___ 3 = BIENES COMUNES___ PÓLIZAS INDEPENDIENTES 01 _____ PÓLIZAS AGRUPADAS 02 _____

ITEM	VALOR ASEGURABLE	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADORA (VALOR ASEGURADO)	LÍMITE MÁXIMO DE INDENMIZACIÓN	COASEGURO %	DEDUCIBLE SOBRE EL VALOR DEL SINIESTRO %	DEDUCIBLE SOBRE EL VALOR ASEGURABLE %
INMUEBLE	$	$	$			
CONTENIDO	$	$	$			
LUCRO CESANTE	$	$	$			

ZONA SISMICA	LONGITUD	LATITUD	NÚMERO DE PISOS	RANGO CONSTRUCCIÓN	USO RIESGO	TIPO ESTRUCTURAL

IRREGULARIDAD DE LA PLANTA _____ **IRREGULARIDAD DE ALTURA** _____ (0 = No disponible 1 = Con irregularidad 2 = Sin irregularidad)

DAÑOS PREVIOS _____	REPARADOS _____	ESTRUCTURA REFORZADA _____
(0 = No disponible 1 = Inmueble con daños previos 2 = Inmueble sin daños previos)	(0 = No disponible 1 = Reparados 2 = No reparados)	(0 = No disponible 1 = Trabes coladas en sitio 2 = Trabes prefabricadas 3 = No tiene trabes)

NÚMERO DE CÉDULA CATASTRAL:

4.3. BIENES Y VALORES ASEGURABLES

BIENES ASEGURABLES	INCENDIO, TODO RIESGO	TERREMOTO, MAREMOTO ERUPCIÓN VOLCÁNICA	ASONADA. MOTÍN, HUELGA, AMIT, TERRORISMO	SUSTRACCIÓN CON VIOLENCIA	ROTURA DE MAQUINARIA	EQUIPO ELECTRÓNICO
	Valor asegurable (2)		Valor asegurable (2)	Valor asegurable (2)	Valor asegurable (2)	Valor asegurable (2)
INMUEBLE O EDIFICIO (S)						
MEJORAS LOCATIVAS						
MUEBLES Y ENSERES						
MAQUINARIA Y EQUIPO						
HERRAMIENTAS Y ACCESORIOS						
MATERIAS PRIMAS FIJAS						
MATERIAS PRIMAS FLOTANTES						
MERCANCÍAS FIJAS						
PROPIAS						
EN CONSIGNACIÓN						
REFRIGERADAS						
MERCANCÍAS FLOTANTES						
PROPIAS						
EN CONSIGNACIÓN						
DINEROS EN EFECTIVO Y TÍTULOS VALORES						
INDICE VARIABLE %						
VALORES TOTALES						

(2) Edificio: Valor asegurable = Valor Reconstrucción. Mueble y Enseres / Rotura de Maquinaria / Equipo Electrónico: Valor Asegurable = Valor de Reposición a Nuevo
(1) En caso de que vaya a asegurar más de un (1) riesgo / predio bajo la misma póliza detallar la información en hoja adicional.

4.4. AMPAROS OPCIONALES DE DAÑOS

AMPARO	VALOR ASEGURABLE	AMPARO	VALOR ASEGURABLE
INCENDIO Y RAYO EN APARATOS ELÉCTRICOS	$	MATERIALES EN FUSIÓN	$

ARRENDAMIENTO DEJADO DE PERCIBIR	PERIODO DE INDEMNIZACIÓN _____ MESES	CANON MENSUAL $ _____
ARRENDAMIENTO POR ALOJAMIENTO TEMPORAL	PERIODO DE INDEMNIZACIÓN _____ MESES	CANON MENSUAL $ _____
GASTOS ADICIONALES	PORCENTAJE A CONTRATAR _____ %	$ _____

LUCRO CESANTE POR INCENDIO	VALOR ASEGURABLE	PROVEEDORES	LÍMITE DE CADA UNO
UTILIDAD BRUTA			
A. INCENDIO Y RAYO EN APARATOS ELÉCTRICOS			
B. PROVEEDORES, DISTRIBUIDORES Y PROCESADORES			
C. SUSPENSIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA, AGUA Y LUZ			
D. GASTOS DE VIAJE Y ESTADÍA			
E. HONORARIOS DE AUDITORES, REVISORES Y CONTADORES			

FORMAS DE ASEGURAMIENTO

ANEXO No 1. Forma de aseguramiento inglesa (Pérdida de utilidad bruta)
ASEGURAMIENTO DE LA NOMINA Incluida en el valor asegurado al 100%
Sistema base dual: por _____ semanas al 100% y el periodo restante al _____ % opción de consolidación _____ semanas.

ANEXO No 2. Forma de aseguramiento Americana Interrupción de negocios (Industrial) Coaseguro pactado al _____%

ANEXO No 3. Forma de aseguramiento Americana Interrupción de negocios (Comercial) Coaseguro pactado al _____ %

ASEGURAMIENTO DE LA NOMINA

Incluida en el valor asegurado al 100% _____ ; Limitada a trabajadores del grupo B por _____ días

Adjunta Estados Financieros con notas a Diciembre 31 de _____, _____, _____. Últimos tres (3) años

LUCRO CESANTE POR ROTURA DE MAQUINARIA

PERIODO DE INDEMNIZACIÓN _____ MESES VALOR UTILIDAD BRUTA $ _____

TIPO DE MAQUINA	% PRODUCCIÓN / U.B.	TIPO DE MAQUINA	% PRODUCCIÓN / U.B.

ROTURA ACCIDENTAL DE VIDRIOS	VALOR ASEGURABLE
VIDRIOS Y UNIDADES FRÁGILES	

EQUIPO ELÉCTRICO Y ELECTRÓNICO	VALOR ASEGURABLE
EQUIPOS ELECTRÓNICOS	
PROCESADORES EXTERNOS DE DATOS	
INCREMENTOS COSTOS DE OPERACIÓN	
EQUIPOS MÓVILES (Suministra relación detallada)	

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	LIMITE ASEGURADO POR EVENTO - PERSONA	LIMITE ASEGURADO POR VIGENCIA
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES		
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PATRONAL		
VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS		
PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL CRUZADA		
CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARQUEADEROS		
GASTOS MÉDICOS		

MANEJO GLOBAL COMERCIAL / SECTOR OFICIAL	VALOR ASEGURABLE	SOLO PARA ENTIDADES DEL SECTOR OFICIAL
EMPLEADOS NOMINA		
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS		

4.5. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

¿LA EMPRESA TIENE VACACIONES COLECTIVAS?. SI _____¿CUANDO? _____ NO _____

¿EL RIESGO PERMANECE INACTIVO POR MAS DE 30 DÍAS CONSECUTIVOS?. SI _____ ¿CUÁNDO? _____ NO _____

¿QUE MATERIAL O MATERIALES INFLAMABLES O EXPLOSIVOS EXISTEN EN EL RIESGO?

MATERIAL	CANTIDAD	MATERIAL	CANTIDAD

¿VERIFICA EL CIERRE DE LLAVES Y GRIFOS?. SI ____ NO ____ , ¿DESENERGIZA EL RIESGO?. SI ____ NO ____,

¿TIENE CONTRATO DE MANTENIMIENTO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS?. SI ____ NO ____ CON QUE FIRMA. _____

¿EFECTÚA MANTENIMIENTO CON EMPLEADOS PROPIOS? SI ____ NO ____, ¿CUÀNTOS? _____ TIENEN OTRAS FUNCIONES. _____

OBSERVACIONES

5. 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)_____

6. 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.

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.

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.

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.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** 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.

7. 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 DECOMERCIO.

1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.
c. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

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.

8. FIRMA Y HUELLA

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

HUELLA

FIRMA DEL CLIENTE

9. 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

SUCURSAL	FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO

10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	____:____

OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO

SUCURSAL	FIRMA