



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).

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR, EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO					TIPO DE SOLICITUD	
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	
						<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN

**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	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		

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	PROFESIÓN
-------------	--	---	--------------------	-----------

TIPO DE ACTIVIDAD	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
-------------------	--------	--------------	------	----------	---------

**POR SU CARGO O ACTIVIDAD :**

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"/> INDIQUE: _____	6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

<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	\$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

**2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES	INVERSIONES	TRANSFERENCIAS	PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR
	IMPORTACIONES	OTRA <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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

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

\* **Vínculo/relación:** 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.

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 <input type="checkbox"/>	COASEGUROS <input type="checkbox"/>	CEDIDO <input type="checkbox"/>	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO					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, ASONADA ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MOTÍN, HUELGA, AMIT, TERRORISMO					SUSTRACCIÓN CON VIOLENCIA	ROTURA DE MAQUINARIA	EQUIPO ELECTRÓNICO		
						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										
MERCANCIAS FIJAS										
PROPIAS										
EN CONSIGNACIÓN										
REFRIGERADAS										
MERCANCIAS 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 INDENMIZACIÓN _____ MESES	CANON MENSUAL \$ _____								
ARRENDAMIENTO POR ALOJAMIENTO TEMPORAL	PERIODO DE INDENMIZACIÓN _____ 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										

<b>FORMAS DE ASEGURAMIENTO</b>			
<b>ANEXO No 1.</b> Forma de aseguramiento inglesa (Pérdida de utilidad bruta) <b>ASEGURAMIENTO DE LA NOMINA</b> Incluida en el valor asegurado al 100% Sistema base dual: por _____ semanas al 100% y el periodo restante al _____ % opción de consolidación _____ semanas.			
<b>ANEXO No 2.</b> Forma de aseguramiento Americana Interrupción de negocios (Industrial) Coaseguro pactado al _____ %			
<b>ANEXO No 3.</b> Forma de aseguramiento Americana Interrupción de negocios (Comercial) Coaseguro pactado al _____ %			
<b>ASEGURAMIENTO DE LA NOMINA</b>			
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			
<b>LUCRO CESANTE POR ROTURA DE MAQUINARIA</b>			
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 EXTRA CONTRACTUAL		LÍMITE ASEGURADO POR EVENTO - PERSONA	LÍMITE ASEGURADO POR VIGENCIA
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES			
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS			
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL PATRONAL			
VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS			
PRODUCTOS Y TRABAJOS TERMINADOS			
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL CRUZADA			
CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL			
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL PARQUEADEROS			
GASTOS MÉDICOS			
MANEJO GLOBAL COMERCIAL / SECTOR OFICIAL		VALOR ASEGURABLE	
EMPLEADOS NOMINA			<b>SOLO PARA ENTIDADES DEL SECTOR OFICIAL</b>
EMPLEADOS NO IDENTIFICADOS			
<b>OBSERVACIONES</b>			

## 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, 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 mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, 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**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a 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 y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

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.

## 7. DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

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

### 1. TOMADOR - ASEGURADO

- 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.

## 8 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

## 9. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

## 10. 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 DE SEGUROS						NOMBRE DE QUIEN VERIFICA				CARGO			
SUCURSAL						FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO						SUCURSAL				FIRMA			