



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVILES
Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN
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	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	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN		
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
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 NO

2. ¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI NO

3. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI NO

4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ESPECIFIQUE: _____

5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PPE*? SI NO DILIGENCIA ANEXO 1

6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI NO

INDIQUE: _____

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 TRES (3) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

SUCURSAL _____ TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL COLECTIVA NOMBRE DEL TOMADOR _____

INTERMEDIARIOS

CLAVE	RAZÓN SOCIAL	PARTICIPACIÓN	CLAVE	RAZÓN SOCIAL	PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIO (Diligenciar cuando sea diferente al asegurado)

TIPO PERSONA: NATURAL JURÍDICA GUBERNAMENTAL TIPO DOCUMENTO: C.C. CE NUIP T.I. NIT No. DOCUMENTO _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

RAZÓN SOCIAL _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____


TELÉFONO _____ FAX _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

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.

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO											
DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO											
PLACA		CÓDIGO FASECOLDA				MARCA Y LINEA					
CLASE VEHICULO			MUNICIPIO HABITUAL DE OPERACIÓN DEL VEHICULO				SERVICIO				
TRAYECTO						MODELO (EDAD VEHICULO)					
VALOR COMERCIAL (Sin accesorios no originales)						VALOR DE LOS ACCESORIOS					
ACCESORIOS											
DESCRIPCIÓN		MARCA		VALOR		DESCRIPCIÓN		MARCA		VALOR	
DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN VIGENTES											
Cazador LO-JACK:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		G.P.S. Satelital:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso positivo indique cual? _____			
COBERTURAS OPCIONABLES: COBERTURA COMPLETA <input type="checkbox"/> SOLO R.C.E. <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? _____											
4.2 DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL SEGURO											
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN											
1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO 2. FOTOCOPIA DE LICENCIA DE TRANSITO (TARJETA DE PROPIEDAD) A NOMBRE DEL ASEGURADO 3. FOTOCOPIA DEL SEGURO OBLIGATORIO (SOAT) VIGENTE 4. FOTOCOPIA DE FACTURA DE COMPRA PARA VEHÍCULOS NUEVOS O DE IMPORTACIÓN DIRECTA. 5. INFORME DE INSPECCIÓN DEL VEHÍCULO.											
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 mí 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 y 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											
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											
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL CLIENTE</p>										 <p>HUELLA INDICE DERECHO</p>	
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		