SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA JURÍDICA

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)**.

CLASE DE VINCULACIÓN

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

TIPO DE SOLICITUD

☐ VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN

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

TOMADOR - ASEGURADO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra	¿Cuál?
TOMADOR - BENEFICIARIO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	☐ Familiar	☐ Comercial	☐ Laboral	☐ El mismo	☐ Otra	

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 ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)

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 ☐ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☐
INDIQUE: _____

TIPO DE EMPRESA PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ ¿CUÁL? | No DE EMPLEADOS:

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

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR
DIRECCIÓN RESIDENCIA REPRESENTANTE LEGAL	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO OFICINA	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL

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) SI ES A SU VEZ PERSONA JURÍDICA QUE NO COTIZA EN BOLSA DE VALORES DILIGENCIE ANEXO 2 HASTA RELACIONAR LA (S) PERSONA (S) NATURAL (ES) QUE EJERCEN EL CONTROL.

No.	TIPO ID	NÚMERO ID	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	¿ COTIZA EN BOLSA DE VALORES?	¿ ES O ESTÁ VINCULADO CON PPE*? SÍ, ANEXO 1	¿ ES SUJETO DE TRIBUTACIÓN EN OTROS PAÍSES? Indique	% PARTICIPACIÓN
1	SEN			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
2	SEN			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
3	SEN			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
4	SEN			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		
5	SEN			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria; PA. Pasaporte; SEN. Sociedad Extranjera.

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A) $_____
TOTAL PASIVOS (B) $_____
TOTAL PATRIMONIO (A - B) $_____

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

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

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

ANEXO 2 - CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES

TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL	% PART.	RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA	NIT

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 ☐	NO ☐
				SI ☐	NO ☐

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 mi 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 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.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO O ENTIDAD PERTINENTE.

1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o 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 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.

7. FIRMA Y HUELLA

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

HUELLA INDICE DERECHO

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL BENEFICIARIO

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

*** 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 politicamente expuesta (Decreto 1674 de 2016): los 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.

Administradores (Ley 222 de 1995, Art 22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.
Vinculados: Personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta en segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las Personas Públicamente Expuestas.
Nota Interpretativa Recomendación 24 - GAFI:
Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país, o identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas, y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del publico la anterior información; o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.