



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	<input type="checkbox"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	¿Cuál?
	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA	

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO						
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>		
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	NIT	DV

<b>DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>		
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)	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"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO			

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:	SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
--	---	--------

TIPO DE EMPRESA	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	CUÁL?
ACTIVIDAD ECONÓMICA	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> CIU

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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

<b>2.1. BALANCE</b>		<b>2.2. INGRESOS Y EGRESOS</b>	
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO	\$ _____	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 <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

**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"/>

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"/>
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 INDENIZACIÓN	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 INDENIZACIÓN _____ MESES	CANON MENSUAL \$ _____							
ARRENDAMIENTO POR ALOJAMIENTO TEMPORAL	PERIODO DE INDENIZACIÓN _____ 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			
<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			
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 EXTRA CONTRACTUAL		LIMITE ASEGURADO POR EVENTO - PERSONA	LIMITE 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			
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 _____, ¿CUÁNTOS? _____ 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 PARA CONSULTA Y REPORTE A 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.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.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@segurosdeleestado.com](mailto:info@segurosdeleestado.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 DE COMERCIO.**

### 1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO

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

### 2. INTERMEDIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

### 3. PROVEEDORES

- Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.

### 4. BENEFICIARIOS

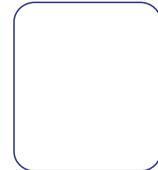
- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

### 5. APODERADO

- 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

## 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			NOMBRE DE QUIEN VERIFICA			CARGO		
SUCURSAL			FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO			SUCURSAL			FIRMA		