



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONA NATURAL

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
---------------------------	-----	-----	-----	--------

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)**. POR OTRO LADO, EN EL CASO QUE LA PERSONA QUE DILIGENCIE EL FORMULARIO LO ESTÉ HACIENDO EN CALIDAD DE BENEFICIARIO, DEBERÁ MARCAR EN CLASE DE VINCULACIÓN **BENEFICIARIO** Y DILIGENCIAR ÚNICAMENTE LOS NUMERALES 1 Y 7.

CLASE DE VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> TOMADOR	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> AFIANZADO	<input type="checkbox"/> APODERADO	Cuál?	RENOVACIÓN	SI <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO	<input type="checkbox"/> PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> OTRA			NO <input type="checkbox"/>

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"/> Otra	Cuál?
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otra	

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.J. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)		SEXO
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.J. <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"/>
ESTADO CIVIL		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
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
NACIONALIDAD	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"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> CIU	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	CELULAR
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO
DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD
		TELÉFONO FAX

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 _____
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES O GRUPO DE PAÍSES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuál _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. INGRESOS Y EGRESOS

TOTAL ACTIVOS	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS

2.2. 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. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

5. CLÁUSULA DE AUTORIZACIONES

I. Declaro expresamente: 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. De otra parte, durante el proceso de contratación de los servicios o la ejecución del contrato que se llegue a celebrar, **LAS ASEGURADORAS** tendrán acceso a otros datos personales míos, suministrados o no por mí.

II. Declaro que **LAS ASEGURADORAS** me han informado de manera expresa que:

- Los datos personales aquí mencionados serán objeto de Tratamiento (cualquier operación o conjunto de operaciones sobre datos personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) por **LAS ASEGURADORAS** para los fines señalados en el presente documento. Con relación a la circulación o transferencia de datos, podrá ser realizada por **LAS ASEGURADORAS**, de acuerdo con los términos previstos en la presente autorización.
- Mis datos personales serán tratados por **LAS ASEGURADORAS** para las siguientes finalidades: 2.1 El trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero. 2.2 El proceso de negociación de contratos con Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S. A., incluyendo la determinación de primas y la evaluación de riesgos. 2.3 La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebren. 2.4 El control y la prevención del fraude. 2.5 La liquidación y pago de siniestros. 2.6 La gestión integral del seguro contratado. 2.7 El cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2.8 La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. 2.9 Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. 2.10 Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). 2.11 Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. 2.12 La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.
- Para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el Tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con **LAS ASEGURADORAS**, o que ella ya hubiere terminado.
- Los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: 4.1 Personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, contratistas o vinculadas, o de matriz de **LAS ASEGURADORAS**. 4.2 Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de **LAS ASEGURADORAS** para el manejo de información de los contratos de seguros o siniestros, entre otros. 4.3 Los intermediarios de seguros que participen en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. 4.4 Las personas con las cuales **LAS ASEGURADORAS** adelanten gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro. 4.5 FASECOLDA e INVERFAS S. A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales y el RUS (Registro Único de Seguros). 4.6 En caso de que la transferencia de datos se haga a terceros países, **LAS ASEGURADORAS** cumplirán con los requisitos establecidos para el efecto por la Ley.
- Para las finalidades indicadas en esta autorización, **LAS ASEGURADORAS**, podrán consultar las bases de datos elaboradas y administradas por INVERFAS y FASECOLDA.
- Son facultativas y voluntarias las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
- Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
- Son facultativas y voluntarias las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
- Que el responsable del Tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, Carrera 11 No. 90 - 20, Teléfono: 2186977, correo electrónico info@segurosdeleestado.com

III. Declaro igualmente, que **LAS ASEGURADORAS** me han informado que mis derechos como titular de datos personales son:

- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a **LAS ASEGURADORAS** o Encargados del Tratamiento de Datos. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la presente autorización, o cualquier otra que suscriba para el efecto, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento de Datos de conformidad con la Ley: a) Información requerida por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial. b) Datos de naturaleza pública. c) Casos de urgencia médica o sanitaria. d) Tratamiento de información autorizado por la Ley para fines históricos, estadísticos o científicos. e) Datos relacionados con el Registro Civil de las Personas. El Aviso de Privacidad es el documento físico, electrónico o en cualquier otro formato, que es puesto a disposición del Titular para el tratamiento de sus datos personales. A través de este documento se informa al Titular la información relativa a la existencia de las políticas de tratamiento de información que le serán aplicables, la forma de acceder a las mismas y las características del tratamiento que se pretende dar a los datos personales.
- Ser informado por **LAS ASEGURADORAS** o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales.
- Presentar ante la Autoridad Competente quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la presente autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Autoridad Competente haya determinado que en el Tratamiento **LAS ASEGURADORAS** o Encargados del Tratamiento de datos personales, han incurrido en conductas contrarias a la Ley y a la Constitución. La revocatoria procederá siempre y cuando no exista la obligación legal o contractual de conservar el dato personal.
- Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

IV. Autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio o de servicios, desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas para tal fin, que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias o de servicios.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y declaro que es verídica. Adicionalmente, he leído el Manual de Políticas para el Tratamiento de Datos Personales y el Aviso de Privacidad los cuales se encuentran disponibles en la página www.segurosdeleestado.com

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

- Constancia de Ingresos (Honorarios Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara).
- 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 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.

7. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO Y ESTARÉ DISPUESTO A LA VERIFICACIÓN DEL MISMO. IGUALMENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES

HUELLA

FIRMA DEL CLIENTE

8. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	FECHA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA	_____:
DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA ENCONTRÉ ALGO INUSUAL O SOSPECHOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBALO						
CONOCE PERSONALMENTE AL CLIENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HACE CUÁNTO TIEMPO QUE LO CONOCE:	CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?						
LA VINCULACIÓN CON SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. HA SIDO SOLICITADA DIRECTAMENTE POR EL CLIENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EN CASO NEGATIVO CÓMO CONTACTÓ EL NEGOCIO?						
DATOS DEL RECAUDADOR DE LA INFORMACIÓN EMPLEADO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/>	NOMBRE:	CARGO	CLAVE INTERMEDIACIÓN	FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO				

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	HORA	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA	SUCURSAL
OBSERVACIONES						FIRMA