



# FORMATO PARA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

La Compañía realizará llamada para confirmación y/o actualización de los datos suministrados en el presente documento.

RAMO(1)	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
<input type="checkbox"/> GENERALES <input type="checkbox"/> AUTOMÓVILES <input type="checkbox"/> VIDA			DÍA	MES	AÑO

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados., en los campos que no tenga información, por favor escriba **N/A (No aplica)**. Los campos con asterisco (\*) no aplican para personas jurídicas. Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la compañía.

## 1. CLASE DE VINCULACIÓN

Tomador  Asegurado  Afianzado  Beneficiario  Proveedor  Intermediario  Otra  Cual? \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL*		SEGUNDO APELLIDO *		NOMBRES *	
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA   MES   AÑO	
LUGAR DE EXPEDICIÓN	SEXO* F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIMIENTO* FECHA   LUGAR		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*	
NIVEL EDUCATIVO* Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____				ESTRATO* 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
TIPO DE VIVIENDA* Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		ESTADO CIVIL* Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		No. HIJOS*	

## DATOS LABORALES

CIUI	PERSONA NATURAL*		PERSONA JURÍDICA ( Para seguros de personas naturales, corresponde a la actividad económica de la Compañía con quien trabaja)		
	Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/>	Agroindustria <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otra? <input type="checkbox"/> _____
PERSONAJE PÚBLICO*					
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Es familiar o asociado de una persona pública? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo responda lo siguiente.)		
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Nombres y Apellidos _____ No. de Identificación _____		
Por su actividad y oficio, goza usted de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Parentesco _____ Cargo o Actividad _____		

CARGO*	NOMBRE DE LA COMPAÑIA	TIPO DE EMPRESA Oficial <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
REPRESENTANTE LEGAL (Para seguros de personas jurídicas) / APODERADO (Para seguros de personas naturales) Nombres y Apellidos	Documento de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	CONTACTO (Para seguros de personas jurídicas, funcionario responsable de contratar el seguro)

## DATOS FINANCIEROS

GRAN CONTRIBUYENTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Persona Natural	(M: Millón ; MM: Mil Millones)									
		Ingresos Mensuales	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 1 M	<input type="checkbox"/> 1 a 3 M	<input type="checkbox"/> 3 a 5 M	<input type="checkbox"/> 5 a 10 M	<input type="checkbox"/> 10 a 20 M	<input type="checkbox"/> Más de 20 M		
EXENTO RETEFUENTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica	Ingresos Mensuales	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 M	<input type="checkbox"/> 100 a 500 M	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 M	<input type="checkbox"/> 1 a 5 MM	<input type="checkbox"/> 5 a 20 MM	<input type="checkbox"/> Más de 20 MM		
		Egresos Mensuales	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 M	<input type="checkbox"/> 100 a 500 M	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 M	<input type="checkbox"/> 1 a 5 MM	<input type="checkbox"/> 5 a 20 MM	<input type="checkbox"/> Más de 20 MM		
RÉGIMEN Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica	Total Activos	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 M	<input type="checkbox"/> 100 a 500 M	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 M	<input type="checkbox"/> 1 a 5 MM	<input type="checkbox"/> 5 a 20 MM	<input type="checkbox"/> Más de 20 MM		
		Total Pasivos	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 M	<input type="checkbox"/> 100 a 500 M	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 M	<input type="checkbox"/> 1 a 5 MM	<input type="checkbox"/> 5 a 20 MM	<input type="checkbox"/> Más de 20 MM		
		Otros Ingresos	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Menos de 100 M	<input type="checkbox"/> 100 a 500 M	<input type="checkbox"/> 500 a 1.000 M	<input type="checkbox"/> 1 a 5 MM	<input type="checkbox"/> 5 a 20 MM	<input type="checkbox"/> Más de 20 MM		
		Detalle otros Ingresos Mensuales	_____								
		Ingresos Operacionales Anuales	_____								

## OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRANSACCIÓN Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	PAIS	CIUDAD	MONEDA

## DIRECCIONES

TIPO	DIRECCIÓN	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
<input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra

## TELÉFONOS

## CORREO ELECTRONICO

TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 8: Representante Legal 9: Otra

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

F-013-04-01

REV. DIC .2015

### 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado? Familiar  Comercial  Laboral  Ninguna  Otro \_\_\_\_\_

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Beneficiario? Familiar  Comercial  Laboral  Ninguna  Otro \_\_\_\_\_

Indique los vínculos existentes entre el Asegurado- Beneficiario? Familiar  Comercial  Laboral  Ninguna  Otro \_\_\_\_\_

### 4. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos dos años a reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? Sí  No

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?

Año	Compañía	Tipo de seguro	Valor	I: Indemnización R: Reclamación

### 5. AUTORIZACIONES DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción – y demás normas legales que regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.) \_\_\_\_\_
- Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- Autorizo a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.
- Me obligo con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestos la compañía.

### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo de manera permanente e irrevocable a las Aseguradoras Generali Colombia Seguros Generales S.A. y/o Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A., en adelante llamadas "Generali Colombia", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@generali.com.co., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual Generali Colombia tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la(s) Aseguradora(s) o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de Generali Colombia que se encuentra en [www.generali.com.co](http://www.generali.com.co) / Atención Al Cliente/ Protección de Datos, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

### 6. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en el presente formato son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo (en caso de solicitud de seguros) o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta información. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta relación, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web [www.generali.com.co](http://www.generali.com.co). Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo y dejo huella en el presente documento.

FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA	HUELLA INDICE DERECHO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Ciudad</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 55%; text-align: center;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td style="text-align: center;">a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ciudad							Hora	Día	Mes	Año	a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
Ciudad														
			Hora											
Día	Mes	Año	a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>											

### 7. ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INTERMEDIARIO O QUIEN CORRESPONDA DE LA ENTREVISTA O VISITA

Razón o Denominación Social			
Nombres y Apellidos (Responsable del diligenciamiento del formulario)	Documento de identificación	Cargo	FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA O VISITA
Nombres y apellidos de quien realiza la visita	Día	Mes	
			Hora a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
Resultado de la visita			

### 8. ESPACIO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA VERIFICACIÓN (--) DÍA   MES   AÑO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (--)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (--)
OBSERVACIONES (--)		FIRMA (--)

### 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

PERSONAS NATURALES	PERSONAS JURÍDICAS
Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones: <b>Documento Obligatorio:</b> <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjería). <b>Documentos Adicionales:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.</li> <li>Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.</li> <li>Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV</li> </ol> <input type="checkbox"/> Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda <input type="checkbox"/> Declaración de renta del último periodo gravable disponible en los casos que aplique. <input type="checkbox"/> Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas. <b>Para Apoderados (Personas Naturales) adjunte:</b> <input type="checkbox"/> Poder especial Nota: La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.	Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones: <b>Documento Obligatorio:</b> <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal. <b>Documentos Adicionales:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 8.450 SMMLV.</li> <li>Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 1.258 SMMLV por cliente.</li> <li>Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.057 SMMLV</li> </ol> <input type="checkbox"/> Fotocopia del Registro único tributario (RUT) – <input type="checkbox"/> Declaración de Renta del último periodo gravable disponible (si declara) o Estados Financieros. <input type="checkbox"/> Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas <input type="checkbox"/> Original del Certificado de Existencia y representación legal con vigencia no superior a tres meses, expedido por la Cámara de Comercio o por la entidad competente. Lista de los socios titulares del 5% o más del capital social, cuando esta información no conste en el certificado de existencia y representación legal identificando número del documento de identidad.