



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

# SOLICITUD DE SEGURO RAMOS GENERALES

Los campos con dos rayas (--) son uso exclusivo de la compañía. Los con campos con asterisco (\*) no aplican para personas jurídicas. Si el Tomador / Asegurado / Beneficiario son personas diferentes, diligencie un Formato de Actualización de datos por cada uno de ellos (Asegurado/ Beneficiario) y adjúntelo(s) a esta solicitud.

<b>CIUDAD</b>		<b>FECHA SOLICITUD</b>			<b>SUCURSAL</b>			<b>No. CONTROL (-)</b>		<b>No. POLIZA (-)</b>		
		Día	Mes	Año								
<b>1. INFORMACION DEL INTERMEDIARIO</b>												
RAZÓN SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS				CODIGO (-)		% PARTICIPACIÓN (-)		% COMISIÓN (-)		% GASTOS DE ADMÓN (-)		
<b>2. INFORMACION DEL TOMADOR</b>												
<b>DATOS GENERALES DEL TOMADOR</b>												
PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL			SEGUNDO APELLIDO*			NOMBRES*			COD. SISTEMA (-)			
TIPO DE PERSONA Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/>		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						FECHA DE EXPEDICIÓN				
LUGAR DE EXPEDICIÓN		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		FECHA Día Mes Año		NACIMIENTO LUGAR		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN				
NIVEL EDUCATIVO Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Separado <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"/>		No. Hijos		
<b>DATOS LABORALES DEL TOMADOR</b>												
PERSONA NATURAL Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>						PERSONA JURÍDICA (Para seguros de personas naturales, corresponde a la actividad económica de la compañía con quien trabaja) Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agroindustria <input type="checkbox"/> Serv. Financieros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>						
PERSONAJE PUBLICO* Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por su actividad y oficio, goza usted de reconocimiento público? 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 los siguiente.) No. Identificación _____ Parentesco _____ Cargo o Actividad _____						
CIU		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 seguro de personas naturales) Nombres y Apellidos _____ C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____ Documento de Identificación						CONTACTO (Para seguros de personas jurídicas, funcionario responsable de contratar el seguro)						
<b>DATOS FINANCIEROS DEL TOMADOR</b>												
GRAN CONTRIBUYENTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/>										
EXENTO RETEFUENTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Egresos 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 <input type="checkbox"/>										
RÉGIMEN Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/>		Total Activos <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 <input type="checkbox"/>										
		Total Pasivos <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 <input type="checkbox"/>										
		Otros Ingresos <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 <input type="checkbox"/>										
		Detalle otros Ingresos Mensuales _____										
		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 1000 M <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> Más de 20 MM <input type="checkbox"/>										
		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 1000 M <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> Más de 20 MM <input type="checkbox"/>										
		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 1000 M <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> Más de 20 MM <input type="checkbox"/>										
		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 1000 M <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> Más de 20 MM <input type="checkbox"/>										
		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 1000 M <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> Más de 20 MM <input type="checkbox"/>										
		Detalle otros Ingresos Mensuales _____										
		Ingresos Operacionales Anuales _____										
<b>OPERACIONES INTERNACIONALES DEL TOMADOR</b>												
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Tipo de Transacción Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <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		País		Ciudad		
<b>DIRECCIONES DEL TOMADOR</b>												
TIPO		DIRECCIÓN			PAIS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORRESPONDENCIA	
											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												
<b>TELEFONOS DEL TOMADOR</b>												
TIPO		NUMERO			TIPO		NUMERO			CORREO ELECTRÓNICO		
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 8: Representante Legal 9: Otra												
<b>3. INFORMACION DEL ASEGURADO</b>												
<b>DATOS GENERALES</b>												
PRIMER APELLIDO O RAZON 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. _____ de _____										
<b>4. INFORMACION DEL BENEFICIARIO</b>												
<b>DATOS GENERALES</b>												
PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL			SEGUNDO APELLIDO*			NOMBRES*						
ONEROSO Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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. _____ de _____								
<b>DIRECCION DEL BENEFICIARIO</b>												
TIPO		DIRECCIÓN			PAIS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		TELEFONO	
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Representante Legal 6: Otra												

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

ESTA SOLICITUD NO CONSTITUYE CERTIFICADO DE AMPARO

F-004-02-04

REV. AGO. 2015

5. INFORMACION DEL SEGURO

FORMA DE ASEGURAMIENTO				GRUPO CONSTRUCCIÓN				TIPO DE RIESGO			
100% <input type="checkbox"/> Primera Pérdida <input type="checkbox"/> Absoluta <input type="checkbox"/> Relativa <input type="checkbox"/> %								Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>			
VIGENCIA DEL SEGURO				FORMA DE PAGO				ENVIO EXTRACTO POR EMAIL (.)			
Desde		Hasta		Contado <input type="checkbox"/> Financiación Generali (.) <input type="checkbox"/> Fraccionamiento(*) (.) <input type="checkbox"/> Mensualidades <input type="checkbox"/>		No. Cuotas		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Email reportado en el 2 (Teléfonos) de la solicitud numeral	
DEBITO AUTOMATICO								MENSUALIDADES			
Autorizo descontar el valor correspondiente a la prima del presente seguro:								No de póliza agrupadora			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Banco		Tipo de Cuenta		Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>					
CONVENIO (--)		REFACTURACIÓN (--)		INSPECCIÓN (--)		REASEGURO (--)		COASEGURO CEDIDO (--)			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Anticipada <input type="checkbox"/> Vencida <input type="checkbox"/> Periodo		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Participación Compañía %			
CODIGO COASEGURADORA (--)		% (--)		CODIGO COASEGURADORA		% (--)		CODIGO COASEGURADORA (--)		% (--)	
IMPORTANTE: Los datos del seguro son los que aparecen en la cotización adjunta No.								Y con control No.			

CONTACTO

Autoriza a la Compañía a enviar información a través de: Correo Electronico Sí  No  Celular Sí  No

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

ESTA SOLICITUD NO CONSTITUYE CERTIFICADO DE AMPARO

F-004-02-04

REV. AGO. 2015

6. INFORMACIÓN ADICIONAL				7. RECLAMACIONES			
Indique los vinculos existentes entre el Tomador-Asegurado (1), Tomador – Beneficiario (2) y Asegurado –Beneficiario (3)?				Indique si en los ultimos años ha reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Familiar		Comercial		Otro			
Laboral		Ninguna					
Año		Compañía		Tipo de Seguro		Valor	
						T/A	
						I/R	

8. AUTORIZACIONES

DECLARACION 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 regulan la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (DEBE DETALLAR OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)

2. 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 adiciones.

3. 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.

4. 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.

AUTORIZACION 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.

7. 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 vinculo 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		Ciudad	
				Día Mes Año Hora	
				a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>	

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

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

9. ESPACIO PARA LA VERIFICACION DE LA INFORMACION

FECHA VERIFICACIÓN (--)		NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (--)		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (--)	
Día Mes Año					
OBSERVACIONES (--)				FIRMA (--)	

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

<p>Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:</p> <p><b>Documento Obligatorio:</b></p> <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjero). <p><b>Documentos Adicionales:</b></p> <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		<p>Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:</p> <p><b>Documento Obligatorio:</b></p> <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal. <p><b>Documentos Adicionales:</b></p> <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 en los casos que aplique.		<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"/> Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas	
<p><b>Para Apoderados (Personas Naturales) adjunte:</b></p> <input type="checkbox"/> Poder especial		<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.	
<p>Nota: La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.</p>		<p>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.</p>	