



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVILES
Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
-----------------	------------------	---------

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de 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 DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	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"/>	ASALARIADO <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	CIU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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? _____
------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE		2.2. INGRESOS Y EGRESOS	
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 TRES (3) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

SUCURSAL _____	TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL TOMADOR _____
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

INTERMEDIARIOS					
CLAVE	RAZÓN SOCIAL	PARTICIPACIÓN	CLAVE	RAZÓN SOCIAL	PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIO (Diligenciar cuando sea diferente al asegurado)

TIPO PERSONA: NATURAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> GUBERNAMENTAL <input type="checkbox"/>	TIPO DOCUMENTO: C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	No. DOCUMENTO _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
-----------------	------------------	---------

RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO	CIUDAD
-----------------------	--------------	--------

TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
----------	-----	--------------------

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO									
DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO									
PLACA	CÓDIGO FASECOLDA		MARCA Y LÍNEA						
CLASE VEHICULO	MUNICIPIO HABITUAL DE OPERACIÓN DEL VEHICULO		SERVICIO						
TRAYECTO			MODELO (EDAD VEHICULO)						
VALOR COMERCIAL (Sin accesorios no originales)			VALOR DE LOS ACCESORIOS						
ACCESORIOS									
DESCRIPCIÓN	MARCA	VALOR	DESCRIPCIÓN	MARCA	VALOR				
DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN VIGENTES									
Cazador LO-JACK:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	G.P.S. Satelital:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
En caso positivo indique cual? _____									
COBERTURAS OPCIONABLES: COBERTURA COMPLETA <input type="checkbox"/> SOLO R.C.E. <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? _____									
4.2 DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL SEGURO									
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN									
1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO 2. FOTOCOPIA DE LICENCIA DE TRANSITO (TARJETA DE PROPIEDAD) A NOMBRE DEL ASEGURADO 3. FOTOCOPIA DEL SEGURO OBLIGATORIO (SOAT) VIGENTE 4. FOTOCOPIA DE FACTURA DE COMPRA PARA VEHÍCULOS NUEVOS O DE IMPORTACIÓN DIRECTA. 5. INFORME DE INSPECCIÓN DEL VEHÍCULO.									
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 INFORMACION									
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.									
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 . Igualmente, me comprometo 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 .									
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS									
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN									
1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO		3. PROVEEDORES							
a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o declaración de renta del último periodo gravable (si declara) ó estados financieros.		a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).							
b. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.		b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).							
2. INTERMEDIARIOS		4. BENEFICIARIOS							
a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.		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.							
8. FIRMA Y HUELLA									
DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO									
_____					<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> 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		