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	SUCURSAL	No FORMULARIO

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

☐ TOMADOR ☐ ASEGURADO ☐ AFIANZADO ☐ APODERADO
☐ BENEFICIARIO ☐ INTERMEDIARIO ☐ PROVEEDOR ☐ OTRA ¿Cuál? _____

TIPO DE SOLICITUD

☐ VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN

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)
C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: _____

SEXO: F M

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

TIPO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ INDEPENDIENTE ☐ CIIU

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
			SI ☐ NO ☐

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI ☐ NO ☐
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI ☐ NO ☐
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI ☐ NO ☐
4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE: _____
5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP*? SI ☐ NO ☐ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☐
   INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A) $_____
TOTAL PASIVOS (B) $_____
TOTAL PATRIMONIO (A - B) $_____

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES $_____
EGRESOS MENSUALES $_____
OTROS INGRESOS MENSUALES $_____

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐
IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

* **Vínculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
* **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**: Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.
* **PEP Extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.
* **PEP de Organizaciones Internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

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:

4. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CENTRALES DE INFORMACIÓN Y CANAL DE COBRANZA

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consiento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vinculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: **(i)** El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(ix)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; **(x)** Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; **(xi)** Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **(xii)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de SEGUROS DEL ESTADO; **(xiii)** Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xiv)** En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xv)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO.**

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por SEGUROS DEL ESTADO para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@seguroasdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SÍ ☐

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:
1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

Canales de Cobranza: a través de este formulario, he presentado a la Aseguradora datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por la Aseguradora para realizar gestiones de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a la Aseguradora y a las entidades que esta delegue para la realización de actividades de cobranza, a que me contacten para este propósito a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, llamadas telefónicas, correspondencia física, mensajería instantánea como WhatsApp y cualquier otro medio que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de cartera (cobranza), lo indicaré por escrito a la Aseguradora y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

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 (si se requiere).

2. INTERMEDIARIOS

a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).

4. BENEFICIARIOS

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.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA INDICE DERECHO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	____ : ____

OBSERVACIONES:

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA