

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

FECHA      DIA      MES      AÑO

En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE VINCULACIÓN:	TOMADOR <input type="checkbox"/>	ASEGURADO <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	AFIANZADO <input type="checkbox"/>	PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/>
	OTRA <input type="checkbox"/>	CUAL: _____				
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (INDIVIDUALIZACIÓN DEL PRODUCTO)						
	Familiar	Comercial	Laboral	Ninguna	Otra _____	
Tomador - Asegurado						
Tomador - Beneficiario						
Asegurado -Beneficiario						

### 1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.	OTRO	NÚMERO
FECHA DE EXPEDICIÓN			DIA	MES	AÑO
LUGAR			FECHA DE NACIMIENTO		DIA
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN / OFICIO		PROFESIÓN	
INDEPENDIENTE		ASALARIADO		CIUI	
ESTUDIANTE	AMA DE CASA	RENTISTA	SOCIO	PENSIONADO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			AREA		CARGO
CIUDAD		DIRECCIÓN		TELEFONO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA					CIUDAD
TELEFONO			CELULAR		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:		
INGRESOS MENSUALES	<input style="width: 100%;" type="text"/>		ACTIVOS \$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
EGRESO MENSUALES	<input style="width: 100%;" type="text"/>		PASIVOS \$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
OTROS INGRESOS	<input style="width: 100%;" type="text"/>		CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

### 2. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL				NIT	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
C.C.	C.E.	NÚMERO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	
DATOS OFICINA PRINCIPAL			DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
DATOS SUCURSAL O AGENCIA			DIRECCION	CIUDAD	TELÉFONO
TIPO DE EMPRESA:		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:		INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>
SERVICIOS FINANCIEROS		OTRA <input type="checkbox"/>	CUAL: _____		CIUI <input style="width: 100%;" type="text"/>
IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):					
RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
INGRESOS MENSUALES	<input style="width: 100%;" type="text"/>		ACTIVOS \$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
EGRESO MENSUALES	<input style="width: 100%;" type="text"/>		PASIVOS \$	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
OTROS INGRESOS	<input style="width: 100%;" type="text"/>		CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

### 3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

SI NO IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS 

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

OTRA 

INDIQUE CUAL:

TIPO DE PRODUCTO

IDENTIFICACION O NÚMERO DEL PRODUCTO

ENTIDAD

MONTO

CIUDAD

PAIS

MONEDA

### 4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO

RAMO

COMPAÑÍA

VALOR

RECLAM.

INDEMNIZ.

### 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, 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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo a las compañías de Seguros, Sociedades de Capitalización e Intermediarios de Seguros, con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

### 6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (PARA PERSONAS JURIDICAS SE DEBE ADJUNTAR EL DEL REPRESENTANTE LEGAL)**  
Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros:

#### 2. PERSONA NATURAL

##### 2.1 Contratos de Seguros

- \* De Daños o Patrimoniales en los que el valor asegurado sea superior a 1.270 S.M.M.L.V.
- \* De Automóviles en los casos en que el valor asegurado sea superior a 190 S.M.M.L.V. por vehículo y 381 S.M.M.L.V. por cliente.
- \* De Vida en los casos en que el valor asegurado sea superior a 846 S.M.M.L.V.

##### 2.2. Contratos de Capitalización

- \* En los casos en que las cuotas periódicas sean iguales o superiores a 5 S.M.M.L.V. y las cuotas únicas sean iguales o superiores a 20 S.M.M.L.V.

#### 3. PERSONA JURÍDICA

##### 3.1 Contratos de Seguros

- \* De Daños o Patrimoniales en los que el valor asegurado sea igual o superior a 8.450 S.M.M.L.V.
- \* De Automóviles en los casos en que el valor asegurado sea igual o superior a 190 S.M.M.L.V. por vehículo y 1.258 S.M.M.L.V. por cliente.
- \* De Vida en los casos en que el valor asegurado sea igual o superior a 1.057 S.M.M.L.V.

##### 3.2. Contratos de Capitalización

- \* En los casos en que las cuotas periódicas sean iguales o superiores a 5 S.M.M.L.V. y las cuotas únicas sean iguales o superiores a 20 S.M.M.L.V.

Se debe adjuntar la siguiente documentación cuando los montos asegurados y cuotas superen los casos anteriormente mencionados:

#### PERSONA NATURAL

- Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
- Declaración de Renta del último período gravable disponible. (Si declara)
- Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

#### PERSONA JURÍDICA

- Original del Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a tres (3) meses, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Unico Tributario (RUT), el cual puede ser obtenido directamente por la entidad vigilada.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
- Inventario general de los bienes objeto de seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.
- Declaración de Renta del último período gravable disponible (Si declara) o estados financieros.

**APODERADO** 1. Poder debidamente firmado con conocimiento en notaria.

### 7. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

### 8. INFORMACION ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA

MES

AÑO

HORA

RESULTADO:

Aceptado Rechazado 

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

### 9. VERIFICACION DE LA INFORMACION

FECHA VERIFICACION

DÍA

MES

AÑO

HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES