



Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (\*) no aplican para Personas Jurídicas

Table with columns: CIUDAD, SUCURSAL, FECHA FORMULARIO (día, mes, año)

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, DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, FECHA EXPEDICIÓN
LUGAR EXPEDICIÓN, SEXO\*, NACIMIENTO\*, LUGAR, PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN\*
NIVEL EDUCATIVO\*, ESTRATO\*
TIPO DE VIVIENDA\*, ESTADO CIVIL\*, No. HIJOS\*

DATOS LABORALES
ACTIVIDADES
CIU, PERSONA NATURAL\* (Dependiente, Socio, Independiente), PERSONA JURÍDICA (Comercial, Transporte, Industrial, Construcción, Agroindustria, Servicios Financieros, Otra?)

PERSONAJE PÚBLICO\*
Si [ ] No [ ] Actividad [ ] Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si [ ] No [ ] Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si [ ] No [ ]

CARGO\*, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, TIPO DE EMPRESA (Oficial, Privada, Mixta, Otra)

REPRESENTANTE LEGAL (Para seguros de personas jurídicas) / APODERADO (Para seguros de personas naturales), CONTACTO (Para seguros de personas jurídicas, funcionario responsable de contratar el seguro)

DATOS FINANCIEROS
GRAN CONTRIBUYENTE (Si, No), RÉGIMEN (Común, Simplificado), EXENTO RETEFUENTE (Si, No)
PERSONA NATURAL: INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, TOTAL ACTIVOS, TOTAL PASIVOS, OTROS INGRESOS
PERSONA JURÍDICA: INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, TOTAL ACTIVOS, TOTAL PASIVOS, OTROS INGRESOS

OPERACIONES INTERNACIONALES
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? Si [ ] No [ ]
TIPO DE TRANSACCIÓN (Importaciones, Exportaciones, Inversiones, Transferencias, Préstamos, Pago de Servicios, Otra)
Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? Si [ ] No [ ]

ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO, PAÍS, CIUDAD, MONEDA

DIRECCIONES
TIPO, DIRECCIÓN, PAÍS, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, CORRESPONDENCIA (Si, No)

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

TELÉFONOS
TIPO, NUMERO, TIPO, NUMERO, TIPO, NUMERO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 7: Correo electrónico 8: Representante Legal 9: Otra

REV.DIC.2009 F-013-04-01 VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

### 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado?	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	_____
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Beneficiario?	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	_____
Indique los vínculos existentes entre el Asegurado - Beneficiario?	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	_____

### 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? Si  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 la Aseguradora o a quien represente sus intereses, 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 Aseguradora o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del presente 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. Adicionalmente autorizo a la Aseguradora para consultar y reportar datos relativos a reclamaciones e indemnizaciones (aplica exclusivamente para solicitud de seguros), al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento del tomador, asegurado, afianzado y/o beneficiario

### 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. 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 / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA

HUELLA INDICE DERECHO

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

**NOTA: Tenga presente que la Compañía le realizará una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.**

### 7. 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			Día	Mes						Año	Hora <input type="radio"/> a.m. <input type="radio"/> p.m.
Resultado de la visita											

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

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

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

#### PERSONAS NATURALES

Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:

##### Documento Obligatorio:

Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjería).

##### Documentos Adicionales:

- Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.
- Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV

Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda.

Declaración de renta del último período gravable disponible en los casos que aplique.

Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

##### Para Apoderados (Personas Naturales) adjunte:

Poder especial

#### PERSONAS JURÍDICAS

Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:

##### Documento Obligatorio:

Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.

##### Documentos Adicionales:

- Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 8.450 SMMLV.
- Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 1.258 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.057 SMMLV

Fotocopia del Registro único tributario (RUT) -

Declaración de Renta del último período gravable disponible (si declara) o Estados Financieros.

Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

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.