

# SOLICITUD DE SEGURO RAMOS GENERALES

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

CIUDAD	FECHA SOLICITUD	SUCURSAL	No. CONTROL (-)	No. POLIZA (-)
--------	-----------------	----------	-----------------	----------------

### 1. INFORMACIÓN DEL INTERMEDIARIO

RAZÓN SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS	CODIGO (-)	% PARTICIPACIÓN (-)	% COMISION (-)	% GASTOS ADMÓN. (-)
------------------------------------	------------	---------------------	----------------	---------------------

### 2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR

#### DATOS GENERALES DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*	COD. SISTEMA (-)
<b>TIPO DE PERSONA</b> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b> 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. _____	
<b>LUGAR EXPEDICION</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> ____/____/____	
<b>SEXO*</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		<b>NACIMIENTO*</b> FECHA: ____/____/____ LUGAR: _____	
<b>NIVEL EDUCATIVO*</b> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitari <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		<b>TIPO DE VIVIENDA*</b> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
<b>ESTADO CIVIL*</b> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		<b>ESTRATO*</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
		<b>No. HIJOS*</b> ____	

#### DATOS LABORALES DEL TOMADOR

ACTIVIDADES	
PERSONA NATURAL* Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Socio <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"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otra? <input type="checkbox"/>
PERSONAJE PÚBLICO*	
S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actividad _____	Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CARGO*	NOMBRE DE LA COMPAÑIA
_____	_____
	TIPO DE EMPRESA
	Oficial <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
CIU	REPRESENTANTE LEGAL (Para seguros de personas jurídicas) / APODERADO (Para seguros de personas naturales)
_____	Nombres y Apellidos: _____ Documento de Identificación: _____ C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No. _____
	CONTACTO (Para seguros de personas jurídicas, funcionario responsable de contratar el seguro)
	_____

#### DATOS FINANCIEROS DEL TOMADOR

GRAN CONTRIBUYENTE	PERSONA NATURAL	INGRESOS MENSUALES	No tiene	Menos de 1 millón	1 a 3 millones	3 a 5 millones	5 a 10 millones	10 a 20 millones	Mas de 20 millones
		EGRESOS MENSUALES	No tiene	Menos de 1 millón	1 a 3 millones	3 a 5 millones	5 a 10 millones	10 a 20 millones	Mas de 20 millones
RÉGIMEN	PERSONA NATURAL	TOTAL ACTIVOS	No tiene	Menos de 1 millón	1 a 3 millones	3 a 5 millones	5 a 10 millones	10 a 20 millones	Mas de 20 millones
		TOTAL PASIVOS	No tiene	Menos de 1 millón	1 a 3 millones	3 a 5 millones	5 a 10 millones	10 a 20 millones	Mas de 20 millones
EXENTO RETEFUENTE	PERSONA JURÍDICA	INGRESOS MENSUALES	No tiene	Menos de 100 millones	100 a 500 millones	500 a 1.000 millones	1 a 5 mil millones	5 a 20 mil millones	Mas de 20 mil millones
		EGRESOS MENSUALES	No tiene	Menos de 100 millones	100 a 500 millones	500 a 1.000 millones	1 a 5 mil millones	5 a 20 mil millones	Mas de 20 mil millones
	PERSONA JURÍDICA	TOTAL ACTIVOS	No tiene	Menos de 100 millones	100 a 500 millones	500 a 1.000 millones	1 a 5 mil millones	5 a 20 mil millones	Mas de 20 mil millones
		TOTAL PASIVOS	No tiene	Menos de 100 millones	100 a 500 millones	500 a 1.000 millones	1 a 5 mil millones	5 a 20 mil millones	Mas de 20 mil millones
		OTROS INGRESOS	No tiene	Menos de 100 millones	100 a 500 millones	500 a 1.000 millones	1 a 5 mil millones	5 a 20 mil millones	Mas de 20 mil millones
		Detalle Otros Ingresos: _____							

#### OPERACIONES INTERNACIONALES DEL TOMADOR

Realiza usted transacciones en moneda extranjera?		TIPO DE TRANSACCION				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Importaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Exportaciones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/>	Pago de Servicios <input type="checkbox"/>			
Entidad	Tipo de Producto	Identificación del Producto	Monto	País	Ciudad	Moneda	

#### DIRECCIONES DEL TOMADOR

TIPO	DIRECCION	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

#### TELEFONOS DEL TOMADOR

TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

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

### 3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

#### DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*
_____	_____	_____
<b>TIPO DE PERSONA</b> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b> 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 _____

### 4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

#### DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*
_____	_____	_____
<b>ONEROSO</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>TIPO DE PERSONA</b> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</b> 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 _____

#### DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

TIPO	DIRECCION	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TELÉFONO
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

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

