



La Compañía realizará llamada para confirmación y/o actualización de los datos suministrados en el presente documento.

FORMATO PARA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

RAMO (1)	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
<input type="radio"/> GENERALES <input type="radio"/> AUTOMÓVILES <input type="radio"/> VIDA			Día	Mes	Año

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento.

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados., en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas. Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía.

1. CLASE DE VINCULACION

Tomador Asegurado Afianzado Beneficiario Proveedor Intermediario Otra Cual? _____

2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA

DATOS GENERALES DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO*	NOMBRES*
---------------------------------------	--------------------------	-----------------

TIPO DE PERSONA	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA EXPEDICIÓN
Natural <input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>	NIT <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> No. _____	Día _____ Mes _____ Año _____

LUGAR EXPEDICION	SEXO*	FECHA NACIMIENTO*	LUGAR	PROFESION Y/O OCUPACION*
	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Día _____ Mes _____ Año _____		

NIVEL EDUCATIVO*	TIPO DE VIVIENDA*	ESTADO CIVIL*	ESTRATO*	NO. HIJOS*
Bachillerato <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	

DATOS LABORALES DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL*	PERSONA JURÍDICA (Para seguros de personas naturales, corresponde a la actividad económica de la Compañía con quien trabaja)
Independiente <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/>	Comercial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Agroindustria <input type="radio"/> Otra? <input type="radio"/> _____ Industrial <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Serv. Financieros <input type="radio"/>

PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PEP y Vinculados / Familiar)

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Es familiar o asociado de una persona pública? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> (En caso afirmativo responda lo siguiente.)
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Nombres y Apellidos _____ No. Identificación _____
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Parentesco _____ Cargo o actividad _____

CARGO*	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	TIPO DE EMPRESA
		Oficial <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>

CIUI	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)
	Nombres y Apellidos _____ Documento de Identificación _____ C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No. _____ Nacionalidad _____	

Alguno de los administradores de la persona jurídica se considera PEP? (Ver definición Administradores)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> (Si su respuesta es positiva diligenciar Sección 3 del anexo del presente formato)	Es persona jurídica que cotiza en bolsa?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> (Si su respuesta es negativa diligenciar Sección 1 del anexo del presente formato)
---	--	--	--

DATOS FINANCIEROS

M: Millón; MM: Mil Millones

GRAN CONTRIBUYENTE	PERSONA NATURAL	Ingresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 1 M	<input type="radio"/> 1 a 3 M	<input type="radio"/> 3 a 5 M	<input type="radio"/> 5 a 10 M	<input type="radio"/> 10 a 20 M	<input type="radio"/> Más de 20 M
		Egresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 1 M	<input type="radio"/> 1 a 3 M	<input type="radio"/> 3 a 5 M	<input type="radio"/> 5 a 10 M	<input type="radio"/> 10 a 20 M	<input type="radio"/> Más de 20 M
RÉGIMEN	PERSONA NATURAL	Total Activos	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 1 M	<input type="radio"/> 1 a 3 M	<input type="radio"/> 3 a 5 M	<input type="radio"/> 5 a 10 M	<input type="radio"/> 10 a 20 M	<input type="radio"/> Más de 20 M
		Total Pasivos	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 1 M	<input type="radio"/> 1 a 3 M	<input type="radio"/> 3 a 5 M	<input type="radio"/> 5 a 10 M	<input type="radio"/> 10 a 20 M	<input type="radio"/> Más de 20 M
EXENTO RETEFUENTE	PERSONA JURÍDICA	Otros Ingresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 1 M	<input type="radio"/> 1 a 3 M	<input type="radio"/> 3 a 5 M	<input type="radio"/> 5 a 10 M	<input type="radio"/> 10 a 20 M	<input type="radio"/> Más de 20 M
		Detalle Otros Ingresos Mensuales	_____						
EXENTO RETEFUENTE	PERSONA JURÍDICA	Ingresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 100 M	<input type="radio"/> 100 a 500 M	<input type="radio"/> 500 a 1.000 M	<input type="radio"/> 1 a 5 MM	<input type="radio"/> 5 a 20 MM	<input type="radio"/> Más de 20 MM
		Egresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 100 M	<input type="radio"/> 100 a 500 M	<input type="radio"/> 500 a 1.000 M	<input type="radio"/> 1 a 5 MM	<input type="radio"/> 5 a 20 MM	<input type="radio"/> Más de 20 MM
EXENTO RETEFUENTE	PERSONA JURÍDICA	Total Activos	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 100 M	<input type="radio"/> 100 a 500 M	<input type="radio"/> 500 a 1.000 M	<input type="radio"/> 1 a 5 MM	<input type="radio"/> 5 a 20 MM	<input type="radio"/> Más de 20 MM
		Total Pasivos	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 100 M	<input type="radio"/> 100 a 500 M	<input type="radio"/> 500 a 1.000 M	<input type="radio"/> 1 a 5 MM	<input type="radio"/> 5 a 20 MM	<input type="radio"/> Más de 20 MM
EXENTO RETEFUENTE	PERSONA JURÍDICA	Otros Ingresos Mensuales	<input type="radio"/> No tiene	<input type="radio"/> Menos de 100 M	<input type="radio"/> 100 a 500 M	<input type="radio"/> 500 a 1.000 M	<input type="radio"/> 1 a 5 MM	<input type="radio"/> 5 a 20 MM	<input type="radio"/> Más de 20 MM
		Detalle Otros Ingresos Mensuales	_____						
EXENTO RETEFUENTE		Ingresos Operacionales Anuales	_____						

OPERACIONES INTERNACIONALES

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

DIRECCIONES

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

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3

TELEFONOS

TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO	CORREO ELECTRONICO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Ley 1674 / 2016) los 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. **Administradores:** (Ley 222 de 1995, art.22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones. **Vinculados / Familiares:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

3. INFORMACION ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro _____

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Beneficiario? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro _____

Indique los vínculos existentes entre el Asegurado – Beneficiario? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro _____

4. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos dos (2) años ha 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
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

Obrando en nombre propio o en representación 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 (detalle 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 en la compañía.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a las Aseguradoras Generali Colombia Seguros Generales S.A. y/o Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S.A., en adelante llamadas "Generali Colombia", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@generali.com.co., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual Generali Colombia tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, 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(s) Aseguradora(s) o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del 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. De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de Generali Colombia que se encuentra en www.generali.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

6. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta solicitud, que conviene en aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar la prima correspondiente. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud de seguro, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web www.generali.com.co

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento, como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmó y dejó huella en el presente documento.

FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA	HUELLA INDICE DERECHO	Ciudad <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;">Hora</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: right;">a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	Hora				a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
Día	Mes	Año	Hora							
			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 / ENTREVISTA O VISITA

Razón o Denominación Social				Firma del intermediario (Responsable)			
Nombres y Apellidos (Responsable del diligenciamiento del formulario)		Documento de identificación					
Nombres y apellidos de quien realiza la visita		Día	Mes	Año	Hora	a.m. <input type="radio"/>	p.m. <input type="radio"/>
Resultado de la visita							

8. ESPACIO PARA LA VERIFICACION DE LA INFORMACION (-)

FECHA VERIFICACION (-)			NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (-)			DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (-)
OBSERVACIONES (-)						FIRMA (-)

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONAS NATURALES

- Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:
- Documentos Obligatorios:**
- Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjería).
- Documentos Adicionales:**
1. Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.
2. Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.
3. 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).
- Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.
- Declaración de renta del último período gravable disponible en los casos que aplique.
- Poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

PERSONAS JURÍDICAS

- Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:
- Documentos Obligatorios:**
- Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
- 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.
- Documentos Adicionales:**
1. Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 8.450 SMMLV.
2. Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 1.258 SMMLV por cliente.
3. Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.057 SMMLV
- Fotocopia del Registro Unico 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.

NOTA: La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.



ANEXO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento.

SECCIÓN 1 - CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación). Por disposiciones legales y acogiendo la recomendación 24 del GAFI –Transferencia y Beneficiario Final de las Personas Jurídicas, la compañía de seguros tiene la obligación de conocer las personas naturales que intervienen en las decisiones de la entidad que se está vinculando. En consecuencia, se relaciona la definición de Beneficiario Final del GAFI: se refiere a la(s) persona(s) natural(e)s que finalmente posee o controla a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.

SECCION 1 DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nombre / Razón Social	% Participación	¿Es persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Si es PEP indique Cargo o Actividad

Si el (los) accionista(s) es (son) persona (s) jurídica (s) que no cotiza (n) en bolsa, sírvase diligenciar la **Sección 2** para la identificación de personas jurídicas no cotizantes en bolsa.

SECCIÓN 2 - CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS NO COTIZANTES EN BOLSA

Accionistas no cotizantes en bolsa con participación mayor o igual al 5% en la sociedad que se vincula.

Accionista*	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nombre / Razón Social	% Participación

*Relacionar el indicado en la sección 1 del presente anexo.

SECCIÓN 3 - CONOCIMIENTO ADMINISTRADORES - PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

Conocimiento de administradores que se consideren personas expuestas públicamente:

Nombre	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Cargo o Actividad