

1. Información Exclusiva del Tomador		Ciudad	Sucursal	Clave	Tipo de Negocio	Nuevo	
		Nombre intermedio			Renovación	Modificación	
Fecha de Diligenciamiento	C.C.	NIT	C.E.	Otro	No. de documento	Tipo de Persona: Natural Jurídica	
Primer apellido						Segundo apellido	
Nombre o razón social							
Fecha de nacimiento / Constitución	Ciudad de Nacimiento / Constitución			País de Nacimiento / Constitución			
Sexo: Femenino Masculino	Estado Civil: Soltero Casado		Otra	Cual			
Ocupación: Empleado	Empresa donde trabaja		Cargo que desempeña		Independiente	Otra Cual	
Dirección Particular				Ciudad			
Teléfono 1	Teléfono 2		Celular	Email	Fax	Envío Correspondencia SI NO	
Dirección Comercial				Ciudad			
Teléfono 1	Teléfono 2		Celular	Email	Fax	Envío Correspondencia SI NO	

**1.1 Datos Particulares Persona Jurídica / Representante Legal**

Tipo de Empresa: Privada Pública Mixta Otra							
Primer apellido					Segundo apellido		Nombre
C.C.	C.E.	Otro	No. de documento				
Dirección Particular				Ciudad			
Teléfono 1	Teléfono 2		Celular	Email	Fax	Envío Correspondencia SI NO	
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)							
Razón social o Nombre Completo			Tipo de Identificación		Número		
C.C.	T.I.	C.E.	NIT				
C.C.	T.I.	C.E.	NIT				

**1.2 Información Financiera Persona Natural o Jurídica / Tomador**

Actividad Económica	Código CIU	Comercial	Industrial	Transporte	Construcción	Agroindustria	Servicios Financieros	Especifique
Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Total Activos		Total Pasivos		Otros Ingresos		
* En caso de recibir otros ingresos detallar el origen								

**2 Información del Asegurado** (Diligenciar si es diferente al tomador)

Parentesco o Relación con el Tomador	C.C.	NIT	C.E.	Otro	No. de documento	Tipo de Persona: Natural Jurídica
Primer apellido						Segundo apellido
Nombre o razón social						
Fecha de nacimiento / Constitución	Ciudad de Nacimiento / Constitución			País de Nacimiento / Constitución		
Sexo: Femenino Masculino	Estado Civil: Soltero Casado		Otra	Cual		
Ocupación: Empleado	Independiente		Otra	Cual		
Dirección Particular				Ciudad		
Teléfono 1	Teléfono 2		Celular	Email	Fax	Envío Correspondencia SI NO
Dirección Comercial				Ciudad		
Teléfono 1	Teléfono 2		Celular	Email	Fax	Envío Correspondencia SI NO

**3. Operaciones en Moneda Extranjera**

Realiza operaciones en moneda Extranjera: SI NO En caso de respuesta SI, diligencie lo siguiente:

TIPO DE PRODUCTOS: Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Otras Cuales?

CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA: No. Cuenta Banco Ciudad País Moneda

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI No ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI No

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? SI No

Autorizo a cualquier empresa del grupo COLSEGUROS para que me envíen notificaciones vía mensajes de texto SMS sin costo a mi número celular. SI NO

**Declaración y Autorización**

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio y 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, 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.).

Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. 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.

4. 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 hallan generado respecto a la información aquí contenida de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestos la compañía.

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:** Autorizo de manera permanente e irrevocable a la compañía o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera procese, conserve, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnica de seguros y/o financiera, comercial a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas o entes de control que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan, comenzando desde el momento en que solicite el seguro o comience la relación comercial.

**ESPACIO PARA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Nombre de quien verifica

Firma

Lugar de la entrevista o visita

Ciudad Fecha Hora

Resultados de la entrevista o visita

Firma Intermediario Firma Tomador Firma Asegurado

Nº de Clave CC. CC. Índice derecho del tomador

**4. Información Segundo Asegurado** (Diligenciar solamente si aparece en la licencia de tránsito (Tarjeta de Propiedad))

CC NUIP NIT C.E. No. de Documento

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre o razón social

Fecha de nacimiento / Constitución

Ciudad de Nacimiento / Constitución

País de Nacimiento / Constitución

Dirección

Ciudad

Teléfono 1

Teléfono 2

Celular

Email

Fax

Correspondencia

**4.1 Información de Beneficiarios**

Tipo Doc.	No. de Documento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono	% Partic.
1) C.C. NUIP C.E.								
2) C.C. NUIP C.E.								

**4.2 Beneficiarios en caso de muerte** (Solamente si se contrata el amparo de accidentes personales)

Tipo Doc.	No. de Documento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono	% Partic.
1) C.C. NUIP C.E.								
2) C.C. NUIP C.E.								

**5) Datos del Vehículo Asegurado**

Placa	Marca	Motor	Clase	Serial	Tipo	Modelo			
Código Fasecolda									
% Descuento por No Reclamación			Cla que otorga el certificado			No. Certificado/Placa			
% Beneficio Gama Alta									
DISPOSITIVO DE PROTECCIÓN FAMILIAR				ZONA DE CIRCULACIÓN					
Alarma	Cazador en Comodato	Amazonas	Bolívar	Cartagena	Guajira	Meta	Pereira	Santander	Valledupar
Inmovilizador	Cazador del Asegurado	Antioquia	Boyacá	Cauca	Huila	Montería	Popayán	Sincelejo	Villavicencio
	GPS	Armenia	B/manga	Cesar	Ibagué	Nariño	Quindío	Sucre	
	USO	Atlántico	Buga	Córdoba	Magdalena	Neiva	Risaralda	Tolima	
		B/quilla	Caldas	Cúcuta	Manizales	Nte. Santander	San Andrés	Tunja	
Particular, familiar	Herramienta de Trabajo	Bogotá	Cali	Cundinamarca	Medellín	Pasto	Sta. Marta	Valle	

**6. Amparos Básicos**

Opción	Accesorios	OPCIÓN RCE
Opción 1 (RCE+AIPP)		
Opción 2 (RCE+AIPP+PTD)	Descripción	Valor
Opción 3 (RCE+AIPP+PTD+PTH)		10 10 20 Millones
Opción 4 (RCE+AIPP+PTD+PPD)		30 30 60 Millones
Opción 5 (RCE+AIPP+PTD+PPD+PTH+PPH)		50 50 200 Millones
		15 15 30 Millones
		40 40 80 Millones
		100 100 200 Millones
		20 20 40 Millones
		50 50 100 Millones
		Otro
		25 25 50 Millones
		50 50 150 Millones

Valor Asegurado \$

**7. Amparos Adicionales a Contratar**

Tembor Terremoto y Erupción Volcánica	AMPARO ACCIDENTES PERSONALES AAP	OPCIÓN RCE EXCESO
Asistencia Colseguros	15.000.000	20.000.000
Gastos por Movilización	20.000.000	80.000.000
	25.000.000	180.000.000
		600.000.000
		30.000.000
		100.000.000
		200.000.000
		700.000.000
		40.000.000
		120.000.000
		300.000.000
		50.000.000
		140.000.000
		400.000.000
		60.000.000
		160.000.000
		500.000.000
		Otro

**8. Comentarios del Evaluador**

Comentarios del Evaluador:

---



---



---



---