



**QBE Seguros S. A.**  
NIT. 860.002.534-0

Carrera 7 No. 76-35 Pisos 7, 8 y 9  
Bogotá, D. C. Colombia  
PBX: (57 - 1) 319 0730  
Fax: (57-1) 319 0749 /39 / 38 / 33 / 21 / 15  
Lineas Nacionales: 01 8000-112460 / 122131  
www.qbe.com.co

## FORMULARIO UNICO DE VINCULACION

NUEVO  ACTUALIZACION

### 1. CALIDAD DE CLIENTE

Tomador  Asegurado  Beneficiario  Apoderado Si la calidad de cliente es Apoderado ver instrucciones al respaldo

### 2. DATOS PERSONALES (Para personas jurídicas serán los del representante legal)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Lugar y fecha de nacimiento	Documento de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C. E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> No.			
	Lugar	Fecha de expedición		
Dirección residencia	Ciudad	Teléfono residencia:	Celular:	Ocupación, oficio o profesión:
<b>TIPO DE ACTIVIDAD:</b>				
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Rentista	<input type="checkbox"/> Político	¿Es empleado o trabajador público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Negociante Profesional en Divisas	¿Es ordenador de gasto o tesorero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Socio	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	¿Goza de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre de la Empresa	Dirección:	Teléfono:	Fax:	Ciudad:
				Cargo que ocupa:

### 3. DATOS DE LA EMPRESA (Para personas jurídicas serán los de la empresa)

Razón Social Completa:			Nit	
Dirección oficina Principal		Ciudad	Teléfono	Fax
Dirección Sucursal o agencia que actúa como cliente		Ciudad	Teléfono	Fax
Tipo de Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Economía Mixta <input type="checkbox"/> Otro ¿Cual?				
Actividad Económica			Código CIU	
<b>SOCIOS PRINCIPALES: (SI LA CANTIDAD DE SOCIOS ES MAYOR ANEXE RELACION CON LOS MISMOS DATOS)</b>				
NOMBRES		APELLIDOS		C. C.
% DE PARTICIPACION				
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

### 4. INFORMACION FINANCIERA (Para personas jurídicas serán los de la empresa)

Información Ingresos y egresos mensuales		Información Activos y Pasivos	
Ingresos Actividad Principal	\$ _____	Activos (Describe)	\$ _____
Otros Ingresos (Describe)	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL ACTIVOS	\$ _____
TOTAL EGRESOS	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____

### 5. OPERACIONES INTERNACIONALES (Para personas jurídicas serán los de la empresa)

Realiza transacciones en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias	Posee CDTS en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> Préstamos en Moneda extranjera <input type="checkbox"/> Pago servicios <input type="checkbox"/> Otros ¿Cual?				
Posee cuentas corrientes en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO en caso afirmativo indique:				
No. CTA.	BANCO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

### 6. RECLAMACIONES (Para personas jurídicas serán los de la empresa)

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros respecto de otro asegurador en los últimos dos años					
AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION

### 7. INFORMACION ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre: Tomador, Asegurado, Afianzado y Beneficiario:  Familiar  Comercial  Laboral  Otro ¿Cual?

### 8. DECLARACION DE ORIGEN DE RECURSOS

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 la Circular Básica Jurídica No. 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria (Actualmente Superfinanciera), así como las demás disposiciones legales, que las complementen o modifiquen.

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). \_\_\_\_\_

2. 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.

3. Con el objeto de cumplir las disposiciones relativas a la prevención contra el lavado de activos y so pena de que QBE Seguros S. A., revoque esta póliza, El Tomador se obliga a: (1) Entregar la información, veraz y verificable, que QBE Seguros S. A. y la ley exijan. (2) Actualizar anualmente sus datos de identificación, suministrando los soportes documentales necesarios para su comprobación.

El inciso anterior constituye parte integral del contrato de seguro que se celebrará entre El Tomador y QBE Seguros S. A.

### 9. AUTORIZACION CONSULTA BASES DE DATOS

Autorizo a QBE Seguros S. A. para tomar medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a QBE Seguros S. A. de toda responsabilidad que se derive de ello.

Autorizo de manera permanente e irrevocable a QBE Seguros S. A. o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de solicitud de seguro, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y autoridades establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

Como tomador de la presente póliza, manifiesto que desconozco la información exigida por el SARLAFT, en relación con los asegurados y/o beneficiarios. En caso de reclamación, dicha información deberá ser recaudada en el trámite de la respectiva indemnización.

### 10. FIRMA, HUELLA Y FECHA

Firma

\_\_\_\_\_

Huella Índice derecho
-----------------------

Fecha \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Continúa al respaldo

**EN CASO DE APODERADO:**

Cuando algún producto se constituya por intermedio de apoderado, debe exigirse la acreditación del poder por escrito debidamente firmado y autenticado con reconocimiento de firma, huella y contenido del beneficiario. En caso de ser varios beneficiarios, estos deben estar registrados en el poder y necesariamente quien firma el poder debe ser uno de ellos.

**11. ANEXOS PERSONA NATURAL**

1. Para los seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 Salarios Mínimos Legales Mensuales.
2. Para los seguros de AUTOMOVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior 190 Salarios Mínimos Legales Mensuales por vehículo y 381 Salarios Mínimos Legales Mensuales por cliente.
3. Para los seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 486 Salarios Mínimos Legales Mensuales.

**Documentos Adicionales:**

- Fotocopia del documento de identificación: cédula de ciudadanía, extranjería, tarjeta de identidad, pasaporte, etc.
- Fotocopia del certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda. (Empleados).
- Constancia de honorarios laborales o prestación de servicios. (Independientes).
- Declaración de renta del último periodo gravable disponible en los casos que aplique.
- Inventario general de bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

**12. ANEXOS PERSONA JURIDICA**

- 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.
- Fotocopia del certificado relativo al Registro Unico Tributario (RUT).
- Fotocopia del documento de identificación del solicitante y del representado según sea el caso.
- 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.
- Declaración de renta

**LIMITES DE VALOR ASEGURADO**

- Seguro de Daños: 8.450 SMLMV
- Seguro de Automóviles: 190 SMLMV por vehículo - 1.258 SMLMV por cliente
- Seguro de Vida: 1057 SMLMV

**13. ENTREVISTA**

Lugar	Fecha	Hora
RESULTADO: _____		
Firma	Nombre del funcionario	Entidad

**14. VERIFICACION DE DATOS**

Lugar	Fecha	Hora
OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____		
Firma	Nombre del funcionario	Entidad

**15. VERIFICACION DE CUMULOS**

VERIFICACIÓN DE CÚMULOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	VALOR:	FECHA:
DOCUMENTOS ADICIONALES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
ACEPTADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Firma	Nombre del funcionario	Entidad		

**16. ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INTERMEDIARIO (Datos del Intermediario)**

Razón o Denominación Social	
Nombre del funcionario del intermediario responsable del diligenciamiento del formulario	Cargo
Tipo de identificación (C.C. <input type="checkbox"/> C. E. <input type="checkbox"/> T. I. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> ) No.	Firma del intermediario