



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

SOLICITUD SEGURO AUTOMÓVILES

Los campos con dos rayas (--) son uso exclusivo de la compañía. Los con campos con asterisco (*) no aplican para personas jurídicas. El Tomador y Asegurado son la misma persona? Sí No

| | | | | | |
|---------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|---|
| CIUDAD | FECHA SOLICITUD | SUCURSAL | No. CONTROL (-) | No. POLIZA (-) | TIPO DE MOVIMIENTO |
| | Día Mes Año | | | | Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Cambio vehículo <input type="checkbox"/> Inclusión vehículo <input type="checkbox"/> |

1. INFORMACION DEL INTERMEDIARIO

| | | | | |
|---|-------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O NOMBRES Y APELLIDOS | CODIGO (-) | % PARTICIPACIÓN (-) | % COMISIÓN (-) | % GASTOS DE ADMÓN (-) |
| | | | | |

2. INFORMACION DEL TOMADOR

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--------------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL TOMADOR | | PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL | | SEGUNDO APELLIDO* | | NOMBRES* | | COD. SISTEMA (-) | |
| TIPO DE PERSONA | | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | | |
| Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> | | 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 _____ | | | | | | | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN | | SEXO | | FECHA NACIMIENTO | | LUGAR | | PROFESION Y/O OCUPACIÓN | |
| | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Día Mes Año | | | | | |
| NIVEL EDUCATIVO | | TIPO DE VIVIENDA | | ESTADO CIVIL | | ESTRATO | | No. Hijos | |
| Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | |

DATOS LABORALES DEL TOMADOR

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|------------------|--|-------------------------|--|
| PERSONA NATURAL | | PERSONA JURIDICA (Para seguros de personas naturales, corresponde a la actividad económica de la compañía con quien trabaja) | | | | | | | |
| Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> | | Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agroindustria <input type="checkbox"/> Serv. Financieros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| PERSONAJE PUBLICO* | | Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Es familiar o asociado de una persona pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | (En caso afirmativo responda lo siguiente.) | | | | | |
| Por su actividad y oficio, goza usted de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Nombres y Apellidos _____ | | No. Identificación _____ | | Parentesco _____ | | Cargo o Actividad _____ | |

| | | | | | |
|---|--------------|------------------------------|--|--|--|
| CIU | CARGO | NOMBRE DE LA COMPAÑIA | | TIPO DE EMPRESA | |
| | | | | Oficial <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | |
| REPRESENTANTE LEGAL (Para seguros de personas jurídicas)/ APODERADO (Para seguro 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="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____ | | | | | |

DATOS FINANCIEROS DEL TOMADOR

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|--|--|---|--|--|---|---------------------------------------|--|--|--|
| GRAN CONTRIBUYENTE | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Persona Natural | (M: Millón ; MM: Mil Millones) | | | | | | | | | | |
| | | | Ingresos Mensuales | <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Menos de 1 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 a 3 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 a 5 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 a 10 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 10 a 20 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Más de 20 M | | | |
| EXENTO RETEFUENTE | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Persona Jurídica | | | | | | | | | | | |
| | | | Ingresos Mensuales | <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Menos de 100 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 100 a 500 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 500 a 1000 M <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1 a 5 MM <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5 a 20 MM <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Más de 20 MM | | | |
| RÉGIMEN | | | | | | | | | | | | | |
| Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | Detalle otros Ingresos Mensuales | | _____ | | | | | | | | | |
| | | Ingresos Operacionales Anuales | | _____ | | | | | | | | | |

OPERACIONES INTERNACIONALES DEL TOMADOR

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

DIRECCIONES DEL TOMADOR

| | | | | | |
|-------------|------------------|-------------|---------------------|------------------|---|
| TIPO | DIRECCIÓN | PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORRESPONDENCIA |
| | | | | | Sí <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 | CORREO ELECTRONICO |
| | | | | |

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

3. INFORMACION DEL ASEGURADO

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------|--|-----------------|--|
| DATOS GENERALES | | PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL | | SEGUNDO APELLIDO* | | NOMBRES* | |
| TIPO DE PERSONA | | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | FECHA DE EXPEDICIÓN | | | |
| Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> | | 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. _____ | | | | | |

4. INFORMACION DEL BENEFICIARIO

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------------|--|
| DATOS GENERALES | | PRIMER APELLIDO O RAZON SOCIAL | | SEGUNDO APELLIDO* | | NOMBRES* | |
| ONEROSO | | TIPO DE PERSONA | | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> | | 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. _____ | | | |

DIRECCIÓN

| | | | | | |
|-------------|------------------|-------------|---------------------|------------------|-----------------|
| TIPO | DIRECCIÓN | PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELEFONO |
| | | | | | |

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

ESTA SOLICITUD NO CONSTITUYE CERTIFICADO DE AMPARO

REV. DIC. 2015

5. INFORMACION DEL SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO, FORMA DE PAGO, ENVIO EXTRACTO POR EMAIL, DEBITO AUTOMATICO, Tipo de Cuenta

DATOS DEL VEHICULO

COD. FASECOLDA, MARCA, CLASE, TIPO, PLACA, COLOR, MODELO, MOTOR No., CHASIS No., DPTO. MOVILIZACION, CTO. INSPECCION, ESPECIALIDAD/UTILIZACION, ASISTENCIA EN VIAJE, DESC NO RECL, VALOR ASEGURADO SIN ACCESORIOS

ACCESORIOS NO ORIGINALES (***)

Accesorios Valor, Llantas, Vidrios, Bloqueo Central, Rines, Aire Acondicionado, Techo Corredizo

TIPO DE COBERTURA

Formula, Otro, Limite Responsabilidad Civil, DEDUCIBLES, VALOR ASEGURADO CON ACCESORIOS, REVOCACION, TASA, Suma Asegurada, Prima

(*) El número de cuotas no podrá ser inferior a tres (3) ni superior a doce (12), adicionalmente el número puede ser modificado... (**) El valor asegurado del vehículo será el que señale la guía de Fasecolda... (***) Los accesorios se asegurarán al valor indicado por el asegurado...

6. INFORMACION ADICIONAL

Indique los vinculos existentes entre el Tomador-Asegurado (1), Tomador-Beneficiario (2) y Asegurado-Beneficiario (3)? Familiar, Comercial, Otro, Laboral, Ninguna

7. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos años ha reclamado a Generali Colombia Seguros Generales S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? Si No, Relaciones a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?

8. 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...

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...

9. FIRMAS

El suscrito declara que los datos suministrados en el presente formulario son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo... FIRMA DEL TOMADOR, HUELLA INDICE DERECHO, Ciudad, Hora

10. ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INTERMEDIARIO O QUIEN CORRESPONDA DE LA ENTREVISTA O VISITA

Razón o Denominación Social, Nombres y Apellidos (Responsable del diligenciamiento del formulario), Documento de identificación, Cargo, Nombres y apellidos de quien realiza la visita, Resultado de la visita, FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA O VISITA

11. ESPACIO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA VERIFICACIÓN (-), NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (-), DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (-), Observaciones (-), Firmas(-)

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones: Documento Obligatorio, Documentos Adicionales