

N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

AGENCIA	DD	MM	AAAA
---------	----	----	------

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OTI ☐ NÚMERO: _____ LUGAR DE EXPEDICIÓN: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ SEXO F ☐ M ☐

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ OCUPACIÓN / PROFESIÓN: _____

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ N° DE HIJOS: _____ ESTRATO: _____

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: _____ CARGO: _____

CUIDAD: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ EMAIL: _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ SI ☐ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? ☐ SI ☐ NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? ☐ SI ☐ NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: D3eorias, Proyectos y Consultorias S.A.S. NET 901683451-7.

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO Millares SEGUNDO APELLIDO Escamilla PRIMER NOMBRE Eduar SEGUNDO NOMBRE Solier

C.C. ☒ C.E. ☐ NÚMERO 13'615118 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Puerto Nacional 18-NOV-1985.

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN Cra 6 # 8-75 Of. 207 CIUDAD Piedecuesta (SS) TELÉFONO 3057297850

PAG WEB: _____ FAX: _____

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☒ MIXTA ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☒ OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
<u>Eduar Solier Millares Escamilla</u>	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<u>13'615118 Pk Nacional</u>	
<u>Saulo Tabares Millares Vargas</u>	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<u>1030578756</u>	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES \$ 5'000.000 ACTIVOS \$ 10'000.000

EGRESOS MENSUALES \$ 3'000.000 PASIVOS \$ 5'000.000

OTROS INGRESOS \$ - 0 - CONCEPTO OTROS INGRESOS: _____

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS Y RESPONSIONES RECIBIDAS DENTRO DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): D3eorias y consultoría
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
- Autorizo a la Equidad Seguros OC, para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

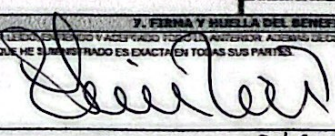
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (PÓLIZA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIFICACIÓN, CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN, PASAPORTE O CARNÉ DIFUSIONADO).

PERSONA JURÍDICA EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO Y ACEPTADO TODAS LAS ANTERIORES DECLARACIONES QUE LA PRESENTE INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.


 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 13'615118 Pk Nacional


 HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____ OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

GRG-FO-0040
05/2017