

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO BERMEO	SEGUNDO APELLIDO DE VEGA	PRIMER NOMBRE RUTH	SEGUNDO NOMBRE N/A
CC ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ O.T. ☐	NÚMERO 36086224	LUGAR DE EXPEDICIÓN CAMPOALEGRE	FECHA DE EXPEDICIÓN 14/12/1981 SEXO ☒ F ☐ M ☐
FECHA DE NACIMIENTO 10/09/1961	NACIONALIDAD COLOMBIANA	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN AMA DE CASA	
ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☒	N° DE HIJOS	ESTRATO 2	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☒ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA N/A		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA N/A	CARGO N/A		
CUIDAD N/A	DIRECCIÓN N/A	TELÉFONO N/A	FAX N/A
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CALLE 5 #32 - 16	CUIDAD DE RESIDENCIA POPA YAN		
TELÉFONO 3168242562	CÉLULAR 3166578747	EMAIL fabian.1903@hotmail.com	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? ☐ 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		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC ☐ C.E. ☐ NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	CUIDAD	TELÉFONO	
PAG. WEB		FAX	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	CUIDAD	TELÉFONO	
		FAX	
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA: ☐
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL			

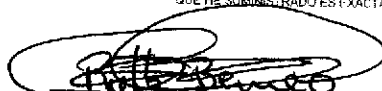
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTO O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)			
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
	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	\$ 0	ACTIVOS	\$ 0
EGRESOS MENSUALES	\$ 0	PASIVOS	\$ 0
OTROS INGRESOS	\$ 0	CONCEPTO OTROS INGRESOS	0

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	☐	☐
N/A	N/A	N/A	N/A	☐	☐

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO	
Declaro expresamente que:	
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): N/A 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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. 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 4. Autorizo a la Equidad Seguros O.C., 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, con fines necesarios o a cualquier otra entidad autorizada, a 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. 5. Los recursos que se deriven del desahucio de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNE DIPLOMÁTICA).	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, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.	
 FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 36086224	 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: