

FORMATO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

NIT. 860.524.654-6

LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

CLASE DE VINCULACIÓN: TOMADOR <input checked="" type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	AGENCIA <i>Penzales</i>	RAMO <i>Establecimiento</i>	PÓLIZA No <i>994.5451</i>	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO <i>23 05 2012</i>
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO <i>Martha Lucía Carras y Cia</i>		TIPO AGENTE <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/> AGENCIA <input type="checkbox"/>	CLAVE <i>326</i>	

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL ☐ FAMILIAR ☐ COMERCIAL ☐ SIN VÍNCULO ☐

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. <i>316.002.259-1</i>	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (Apellidos y nombres) <i>Fundación Amigos de Colombia</i>
DIRECCIÓN <i>Cl 22 # 10-14</i>	TELÉFONO CELULAR <i>3147455756</i>
CIUDAD / MUNICIPIO <i>Perene</i>	DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No.	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA MES AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO DOMICILIO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX	NACIONALIDAD
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	

ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/> DETALLE:	CÓDIGO CIU
---	------------

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA O DEPARTAMENTO	CARGO QUE DESEMPEÑA	PROFESIÓN U OFICIO
DIRECCIÓN OFICINA	TELÉFONO OFICINA / FAX	MUNICIPIO / CIUDAD	DEPARTAMENTO

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN: ¿Maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO PEPs
---	-------------

DATOS SOLICITANTE PERSONA JURÍDICA (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

RAZÓN SOCIAL <i>Fundación Amigos de Colombia</i>	NIT <i>Fundac. 316.002.259-1</i>	CORREO ELECTRÓNICO <i>316.002.259-1</i>
PRIMER APELLIDO <i>Juanes</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Abudato</i>	PRIMER NOMBRE <i>Alba</i>
TIPO DE DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. <i>2947538</i>	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN <i>El Cerrito</i>	DÍA MES AÑO <i>18 11 1968</i>
DIRECCIÓN DOMICILIO <i>Cl 22 # 10-14</i>	TELÉFONO <i>3147455756</i>	CIUDAD / MUNICIPIO <i>Perene</i>
DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>		

TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>	TIPO DE SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> UNIPERSONAL <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/>
--	---

ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/> DETALLE:	CODIGO CIU
---	------------

DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL <i>Cl 22 # 10-14</i>	TELÉFONO/FAX <i>3147455756</i>	CIUDAD / MUNICIPIO <i>Perene</i>	DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>
DIRECCIÓN SUCURSAL	TELÉFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION)

No.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD / NIT	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)
1.		
2.		
3.		
4.		

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que regulara el cliente, por lo tanto el recibo de este documento no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y / o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción o indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.