

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: **GONZALEZ** SEGUNDO APELLIDO: **Cesar** PRIMER NOMBRE: **AUGUSTO**

CC: CE: TI: R: OT: NÚMERO: _____ LUGAR DE EXPEDICIÓN: _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: **13/12/1999** SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: **13/12/1999** NACIONALIDAD: **Colombiano** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **Tecnico m/TO**

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO N° DE HIJOS: **3** ESTRATO: **2**

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA ARTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: **IngeTecnicos SAS.** CARGO: **Tecnico**

Ciudad: **Medellin** DIRECCIÓN: **Medellin** TELEFONO: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **cra 48 # 100-S1 APTO 106** CIUDAD DE RESIDENCIA: **Medellin**

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

¿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: CE: NÚMERO: _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: _____

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELEFONO: _____

PAG WEB: _____ FAX: _____

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

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

BREVES DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O SOCIOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 1% DEL CAPITAL SOCIAL. APORTE O PARTICIPACION EN CASO DE REGIMEN MAS ESPACIO DEBE ANOTARSE LA RELACION: _____

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	% PARTICIPACION
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ _____ ACTIVOS: \$ _____

EGRESOS MENSUALES: \$ _____ PASIVOS: \$ _____

OTROS INGRESOS: \$ _____ CONCEPTO OTROS INGRESOS: _____

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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): _____
- 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 obligo a actualizarla a annually.
- 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 repone 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 se Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en
- Los recursos que se derivan de desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación de terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL

PERSONA JURÍDICA

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ACUMULAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA DE CIUDADANÍA, TARJETA DE IDENTIDAD, CÉDULA DE EXTRANJERÍA, PASAPORTE O CARNÉ DIPLOMÁTICO).

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ACUMULAR 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, ADEMAS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL, C.C.



8. INFORMACIÓN ENTREVISTA


NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS

NOMBRE: **Cesar Augusto** CÉDULA: **48670378**

IND-040
01/2012

Powered by CamScanner

		AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
---	--	---	--

TIPO DE VINCULACIÓN:	PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	INTERMEDIAR <input type="checkbox"/>	OT <input type="checkbox"/>	CUAL: _____
CONCEPTO DE PAGO:	DEVOLUCIÓN DE PRIMA <input type="checkbox"/>	INDEMNIZACIÓN <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA		
NOMBRE:	NT:	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			
NOMBRES: Cesce Augusto	PRIMER APELLIDO: Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO: 98620378	FECHA EXPEDICIÓN: 22/12/1997	CIUDAD EXPEDICIÓN: Envigado
DIRECCIÓN: Cra 48 No 100-S1 APTO 106	CIUDAD: Medellin	DEPARTAMENTO: Antioquia	
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR: 323805 9773	

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectue el pago de las acreencias a mi favor o a favor de la entidad a la cual represento en la siguiente cuenta:

CUENTA REGISTRADA PARA EFECTUAR PAGOS		
NÚMERO DE CUENTA: 31100072036	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AH-CRROS <input checked="" type="checkbox"/>
BANCO: Bancolombia	SUCURSAL:	CÓDIGO DEL BANCO:
		CIUDAD:

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN / CIUDAD EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICIÓN / CIUDAD EXPEDICIÓN
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO	
TELEFONOS Y FAX	FBX	EXTENSION	FAX

Así mismo, autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que la información general y financiera (extractos, soportes o informes del pago efectuado) sean enviados a la siguiente dirección de correo electrónico:

Email: _____

En constancia se firma en: _____ a los () del mes de _____ de _____

Firma del Representante Legal y Sello: _____
 Firma y Cédula Persona Natural: **Cesce Augusto Gonzalez**
98620378

VIGILARIO MANEJO FONDERIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **98.670.378**

GONZALEZ

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

NOMBRES

Cesar Augusto Gonzalez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

13-DIC-1979

**MEDELLIN
(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

22-DIC-1997 ENVIGADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0100100-00279138-M-0098670378-20110129

0025639362A 1

35513782