

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	TKUTILLO	PRIMER NOMBRE	ANA	SEGUNDO NOMBRE	ELSSV										
CC	☒	CE	☐	TI	☐	R	☐	OT	☐	NÚMERO	65733084	LUGAR DE EXPEDICIÓN	IBAGUE	FECHA DE EXPEDICIÓN	20/02/1985	SEXO	☒ F ☐ M
FECHA DE NACIMIENTO	28/12/1966	NACIONALIDAD	COLOMBIANA	Ocupación / Profesión	AMA DE CASA												
ESTADO CIVIL	CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS	0	ESTRATO	1												
TIPO DE ACTIVIDAD	ASALARADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☒ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA	AMA DE CASA														
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA	N/A				CARGO	N/A											
CIUDAD	N/A	DIRECCIÓN	N/A		TELÉFONO	N/A		FAX	N/A								
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 73 N #3 - 27				CIUDAD DE RESIDENCIA	POPAYAN											
TELÉFONO					CELULAR	3168242562		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	☐	CE	☐	NÚMERO				
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN				LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN				
				CIUDAD		TELÉFONO:		
PAG. WEB						FAX:		
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN				CIUDAD		TELÉFONO:		
						FAX:		
TIPO DE EMPRESA:	PÚBLICA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL ☐	CONSTRUCCIÓN ☐	OTRA: _____			
	PRIVADA ☐		COMERCIAL ☐	AGRÍCOLA ☐				
	MIXTA ☐		TRANSPORTE ☐	CIVIL ☐				
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
	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	N/A

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	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:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): N/A
- 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 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

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 CARNÉ DIPLOMÁTICO).

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, ENTENDIENDO 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.

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

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

OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS.

OMBRE:

CÉDULA: