

N° SINIESTRO

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

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Vargas | SEGUNDO APELLIDO: Morales | PRIMER NOMBRE: Karen | SEGUNDO NOMBRE:

C.C. C.E. T.I. R. OTI | NUMERO: 1038866171 | LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellín | FECHA DE EXPEDICIÓN: 18/03/2022 | SEXO: F M

FECHA DE NACIMIENTO: 16/03/2004 | NACIONALIDAD: Colombiana | OCUPACIÓN / PROFESIÓN: Empleado

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO SEPARADO VIUDO | N° DE HIJOS: 0 | ESTRATO: 3

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ESTUDIANTE AMA DE CASA RENTISTA PENSIONADO INDEPENDIENTE | ACTIVIDAD ECONOMICA:

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Distribuidora Pasteur S.A. | CARGO: Analista de Nómina

CIUDAD: Medellín | DIRECCION: Cll 49 #57-35 | TELEFONO: 6045753900 | FAX:

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 26A #49-92 | CIUDAD DE RESIDENCIA: Medellín

TELEFONO: 6042699559 | CELULAR: 3015046942 | EMAIL: kvargasmorales16@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO | POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P COR NO

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

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL: | NIT:

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE:

C.C. C.E. | NUMERO: | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION: | CIUDAD: | TELEFONO: | FAX:

PAG WEB: | CIUDAD: | TELEFONO: | FAX:

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION: | CIUDAD: | TELEFONO: | FAX:

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA PRIVADA MIXTA | ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL COMERCIAL MIXTA | TRANSPORTE CONSTRUCCIÓN AGRICOLA CIVIL | OTRA:

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
Karen Vargas Morales	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1038866171	100
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

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

INGRESOS MENSUALES: \$ 1.686.991 | ACTIVOS: \$ 9.000.000

EGRESOS MENSUALES: \$ 1.500.000 | PASIVOS: \$ 5.000.000

OTROS INGRESOS: \$ 0 | 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	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<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): SI
- 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 CARNE 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 LEIDO, ENTENDIENDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR, ADEMÁS DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES

Karen Vargas Morales
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1038866171.



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: