equidad seguros

Una aseguradora cooperativa con sentido social

equidad seguros

AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR: ☐ BENEFICIARIO: ☐ INTERMEDIAR ☐ OT ☐ CUAL: _____

CONCEPTO DE PAGO: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ☐ INDEMNIZACIÓN ☒ PRESTACIÓN DE SERVIC ☐ (☐ : CUAL: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE	NIT	ACTIVIDAD ICA:
DIRECCION:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
TELEFONOS:	FAX:	CELULAR:

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Ximena Johanna		PRIMER APELLIDO Bermudez	SEGUNDO APELLIDO Henao
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC.	NÚMERO 1059706075	FECHA EXPEDICION 28/06/2017	CIUDAD EXPEDICION Riosucio
DIRECCION: CR 3 # 70-77		CIUDAD: Riosucio	DEPARTAMENTO: caldas
TELEFONOS: 3192948626		FAX:	CELULAR: 3044086948.

Autorizo a La Equidad Seguros O.C. para que efectúe 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 583000000403		CORRIENTE ☐ AHORROS ☒	CÓDIGO DEL BANCO 583
BANCO Bancolombia		SUCURSAL Riosucio	CIUDAD caldas.

RESPONSABLES DE VERIFICAR ABONOS EFECTUADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	EXTENSION		FAX
NOMBRES Y APELLIDOS	NOMBRE(s)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	NÚMERO	TIPO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CARGO EN LA EMPRESA	AREA	CARGO		
TELEFONOS Y FAX	PBX	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: Riosucio - caldas a los (27) del mes de febrero de 2024.

Firma del Representante Legal y Sello

Firma y Cédula Persona Natural 1059706075.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

N° SINIESTRO _____

AGENCIA	DD	MM	AAAA

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bermudez	Hengo	ximena	Johanna

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R [ ] OTR [ ] NÚMERO: 1059706075 LUGAR DE EXPEDICIÓN: RIOSUCIO FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/06/2011 SEXO F [X] M [ ]

FECHA DE NACIMIENTO: 27/06/1993 NACIONALIDAD: colombiano OCUPACION / PROFESION: comerciante

ESTADO CIVIL: CASADO [X] SOLTERO [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 1

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANT [ ] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ACTIVIDAD ECONÓMICA: comerciante

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Motores y guadañas de occ. CARGO:

CIUDAD: Riosucio DIRECCION: CR 3 #10-77 TELEFONO: 319-2948626 FAX:

DIRECCION DE RESIDENCIA: vereda alto del chocho CIUDAD DE RESIDENCIA: Riosucio-caldas

TELEFONO: 3192948626 CELULAR: EMAIL: labrujitahengo@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? [ ] NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? [ ] SI [X] 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. [ ] NÚMERO _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:
PAG. WEB		FAX:
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:
		FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

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

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	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	$ 1'300.000	ACTIVOS	$ 10.000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 1'200.000	PASIVOS	$ 5.000.000
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	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				[ ]	[ ]
				[ ]	[ ]

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): _____
2. 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.
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 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
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran 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, ENTIENDO 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. 1059706075.

HUELLA

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS:	OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE: CÉDULA:	