

N° SINIESTRO

10289853

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

AGENCIA	DD	MM	AAAA
	09	01	2025

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Navarro	Sanchez	Andrea	Lizeth		
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ N. ☐ OT. ☐	NÚMERO: 1.113.626.760	LUGAR DE EXPEDICIÓN: Palmira	FECHA DE EXPEDICIÓN: 11/05/2005 SERIO P. ☒ M. ☐		
FECHA DE NACIMIENTO: 28/07/1986	NACIONALIDAD: Colombiana	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN: Ama de casa			
ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	ESTRATO:			
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☒ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA: N/A				
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:		CARGO:			
CUIDAD:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	FAX:		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 33N # 78-45		CUIDAD DE RESIDENCIA: Palmar			
TELÉFONO: N/A	CELULAR: 3187599034	EMAIL: navarroandrea38@gmail.com			
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					
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		
C.C. ☐ C.E. ☐ NÚMERO:	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN:				
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN:	CUIDAD:	TELÉFONO:			
PAG. WEB:		FAX:			
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN:	CUIDAD:	TELÉFONO:			
		FAX:			
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐	CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐	OTRA: ☐		
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:					
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTES 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
				☐	☐
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 e negocio): No Posco Fondos					
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito 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 oportunamente.					
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 e 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 todas sus partes.					
5. 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: Andrea Lizeth Navarro Sanchez				Firma	
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 7773626760					
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:					