

N° SINIESTRO

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUITAD SEGUROS O.C.**

AGENCIA	DD	MM	AAAA

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OTR. ☐	NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN:	FECHA DE EXPEDICIÓN: SEXO F ☐ M ☐
FECHA DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	
OCUPACIÓN / PROFESIÓN:		ESTRATO:	
ESTADO CIVIL:	CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	
TIPO DE ACTIVIDAD:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO	
CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA	
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			
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		CIUDAD	TELÉFONO:
PAG. WEB		FAX:	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN		CIUDAD	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, 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	\$	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	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				☐	☐
				☐	☐

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 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 destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
PERSONA NATURAL 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).	PERSONA JURÍDICA 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.	HUELLA
FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C.	

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:	