

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

N° SINIESTRO

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

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	PEREZ	SEGUNDO APELLIDO	RODRIGUEZ	PRIMER NOMBRE	LILIANA	SEGUNDO NOMBRE	YASMIN
C.C.	<input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	T.I.	<input type="checkbox"/>	R.	<input type="checkbox"/>
OT.	<input type="checkbox"/>	NÚMERO	43588484	LUGAR DE EXPEDICIÓN	MEDELLIN	FECHA DE EXPEDICIÓN	31-12-1992
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD			OCUPACIÓN / PROFESIÓN		SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL	CASADO <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	N° DE HIJOS	2	ESTRATO
TIPO DE ACTIVIDAD				ACTIVIDAD ECONÓMICA			
ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/>				ESTUDIANT <input type="checkbox"/>			
AMA DE CASA <input type="checkbox"/>				RENTISTA <input type="checkbox"/>			
PENSIONADO <input type="checkbox"/>				INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA				CARGO			
ZIJIN CONTINENTAL GOLD				COORDINADORA CONTABILIDAD			
CIUDAD	MEDELLIN	DIRECCIÓN	CRA 43 A N° 1-50 Of. 1052	TELÉFONO	FAX		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				CIUDAD DE RESIDENCIA			
CL 26 39-70 AP 1608				MEDELLIN			
TELÉFONO	CELULAR		3206330946	EMAIL	lilayape@gmail.com		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?				POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO?			
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>
NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		
DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	CIUDAD		TELÉFONO
PAG WEB			FAX
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	CIUDAD		TELÉFONO
TIPO DE EMPRESA:			
PÚBLICA	<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>
PRIVADA	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>
MIXTA	<input type="checkbox"/>	AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>
		COMERCIAL	<input type="checkbox"/>
		TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>
		CIVIL	<input type="checkbox"/>
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 ANEXIAR LA RELACIÓN)			
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	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"/>		
	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	\$	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
				<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:

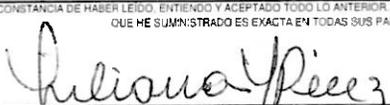
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) Salarios
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente
- Autorizo a la Equidad Seguros O.C. para que con fines estadísticos y de información entre compañías y de las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario 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.
- 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, ENTENDIDO 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. 43588484


 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