

N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO LA EQUIDAD 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:		OCCUPACION / PROFESION:
ESTADO CIVIL:	CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐	N° DE HIJOS:	ESTRATO:	
TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☐		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO	
CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO	FAX	
DIRECCION DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA		
TELEFONO		CELULAR	EMAIL	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? ☐ SI ☐ NO POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? ☐ SI ☐ 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 ☐	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	INDUSTRIAL ☐	CONSTRUCCIÓN ☐
	PRIVADA ☐		COMERCIAL ☐	AGRÍCOLA ☐
	MIXTA ☐		TRANSPORTE ☐	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 PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN) :				
RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO		TIPO DE IDENTIFICACION		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	\$	ACTIVOS	\$	
EGRESOS MENSUALES	\$	PASIVOS	\$	
OTROS INGRESOS	\$	CONCEPTO OTROS INGRESOS		
4. INFORMACION 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
				☐
				☐
				☐
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 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 JURIDICA		
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 LEIDO, 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 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: _____				