

N° SINIESTRO

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

10243811 AGENCIA COASMEBAS DO 08 MM 02 AAAA 2022

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: **MENESES** SEGUNDO APELLIDO: **MENDOZA** PRIMER NOMBRE: **ELIANA** SEGUNDO NOMBRE: **ELIANA**

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ R. ☐ OT. ☐ NÚMERO: **60405105** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **V. ROSARIO** FECHA DE EXPEDICIÓN: **11-01-1989** SEXO: ☒ F ☐ M

FECHA DE NACIMIENTO: **29-05-1971** NACIONALIDAD: **Colombiana** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **Admon Financiera**

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☒ N DE HIJOS: **2** ESTRATO: **4**

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ FERTILISTA ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒ ACTIVIDAD ECONÓMICA: **7010**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CIUDAD: DIRECCIÓN: TELEFONO: FAX:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **Cond. The Rivers Country Casa 16A Via Club tennis** CIUDAD DE RESIDENCIA: **Cúcuta**

TELÉFONO: CELULAR: EMAIL: **elianamenes@hotmail.com**

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS ☒ SI ☐ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PUNTO ☒ 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. <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: \$ **2.000.000** ACTIVOS: \$ **8.000.000**

EGRESOS MENSUALES: \$ **2.000.000** PASIVOS: \$ **30.000.000**

OTROS INGRESOS: \$ **0** CONCEPTO OTROS INGRESOS: **0**

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
2022	VIDA	COASMEBAS	13.000.000	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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): **Independiente**

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 anualmente.

4. Autorizo a la Equidad Seguros O.C. 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

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 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.

Firma del Beneficiario o Representante Legal C.C.

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:

GRG-FO-0040
06/2017



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL SEGURO

Línea Segura Nacional
0182217917530

324

Dirección: Cra 9A # 99-07 | Teléfono: 592 29 29

www.laequidadseguros.coop

Síguenos en:

