equidad seguros

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

N° SINIESTRO	AGENCIA	DD	MM	AAAA
10243811	COASMEDAS	08	02	2022

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CORREDOR	MENESES	GERMAN	ANDRES

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] OTR [ ] NÚMERO: 1010087154 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Cucuta FECHA DE EXPEDICIÓN: 09-08-2018 F [ ] M [X]

FECHA DE NACIMIENTO: 09-06-2000 NACIONALIDAD: COLOMBIANO OCUPACIÓN / PROFESIÓN: ESTUDIANTE

ESTADO CIVIL: CASADO [ ] SOLTERO [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] N° DE HIJOS: 0 ESTRATO: 4

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [X] AMA DE CASA [ ] RENTISTA [ ] PENSIONADO [ ] INDEPENDIENTE [ ] ACTIVIDAD ECONÓMICA:

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: CARGO:

CIUDAD: DIRECCION: TELEFONO: FAX:

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

TELEFONO: CELULAR: 3187084798 EMAIL: geicorredorm@unbasque.edu.co

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS [ ] SI [X] NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE POD PUBLICO SI [ ] NO [X]

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL [ ] SI [X] 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:
		FAX:
PAG. WEB		
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION	CIUDAD	TELEFONO:
		FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN [ ] AGRÍCOLA [ ] CIVIL [ ] OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL:

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDENTIFICACION	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	$ 1.200.000	ACTIVOS	$ 8.000.000
EGRESOS MENSUALES	$ 1.000.000	PASIVOS	$ 0
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	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
2022	VIDA.	COASMEDAS,	6.500.000	[X]	[ ]
				[ ]	[ ]

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): Estudiante
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
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran 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 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 CONFIMACIÓN DE DATOS.
NOMBRE: CÉDULA:	

GRG-FO-0040
06/2017

Scanned by TapScanner