

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

N° SINIESTRO

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

**1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL**

PRIMER APELLIDO: Arias SEGUNDO APELLIDO: Londoño PRIMER NOMBRE: Cristian SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.C.  C.E.  T.I.  R.  OTI  NÚMERO: 1017193739 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Medellín FECHA DE EXPEDICIÓN: 23-07-2009 SEXO F  M

FECHA DE NACIMIENTO: 16-07-1991 NACIONALIDAD: Colombiana OCUPACION / PROFESION: Ing Sistemas

ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  VIUDO  N° DE HIJOS: 1 ESTRATO: 5

TIPO DE ACTIVIDAD: ASALARIADO  ESTUDIANTE  AMA DE CASA  RENTISTA  PENSIONADO  INDEPENDIENTE  ACTIVIDAD ECONÓMICA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Linea DataScan CARGO: Ing. Soluciones TI

CIUDAD: Bucaramanga DIRECCION: Teletrabajo Calle 65 # 48-38 TELEFONO: 6018418360 FAX: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 65 # 48-38 CIUDAD DE RESIDENCIA: Bucaramanga

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: 3232099378 EMAIL: Cristianarias.916@gmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS?  SI  NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER P  CO?  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  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 RELACION)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	% PARTICIPACION
	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 \$ 4.000.000 ACTIVOS \$ 30.000.000

EGRESOS MENSUALES \$ 3.000.000 PASIVOS \$ 3.000.000

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	COMPANIA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACION
				<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): Ingeniero de sistemas
- 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 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.

Cristian Arias f.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 1017193739



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: _____	