

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Información Persona Jurídica

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



(PARA DILIGENCIAR POR EL CLIENTE - TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Clase de cliente: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado

Oficina de radicación: _____ Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación: NIT IFE

Número de identificación: _____ Razón social: _____

Tipo de identificación: C.C. C.D. C.E. PA.

Número de identificación: _____ Nombres y apellidos del Representante Legal (primero nombres, luego apellidos): _____

Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario

Comercial Familiar Es el mismo Laboral Otro, ¿Cuál? _____

INFORMACIÓN UBICACIÓN

Ciudad Oficina Principal: _____ Departamento Oficina Principal: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____ Extensión: _____ Dirección Oficina Principal: _____

Ciudad Sucursal: _____ Departamento Sucursal: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____ Extensión: _____ Dirección Sucursal: _____ Correo Electrónico: _____

Ciudad Residencia Representante Legal: _____ Departamento Residencia Representante legal: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____ Celular: _____ Dirección Residencia Representante legal: _____

Autorizo a SURAMERICANA, para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección física. Oficina Principal Sucursal Residencia

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Sector: Comercial Industrial Financiero Servicios

Tipo de Actividad: Agrícola Farmacéutico Informática Salud Alimentos Textiles Cementos Metalmecánico Transporte Construcción Petróleo Turismo Educación Químico Telecomunicaciones Otro ¿Cuál? _____

Descripción Actividad Económica: _____ Tipo de Empresa: Privada Pública Mixta ¿Cuál? _____

Operaciones en moneda extranjera

En su actividad económica realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de transacciones realiza

Exportaciones Importaciones Préstamos en moneda extranjera Pago de servicios Transferencias Inversiones Otras ¿Cuáles? _____

Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SI NO

Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

INFORMACIÓN FINANCIERA

• Ingresos mensuales actividad principal

<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 a 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 a 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 a 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	Valor activos o posesiones \$
--	---	--	--	--	---	-------------------------------

• Egresos mensuales actividad principal

<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 a 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 a 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 a 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	Valor pasivos o deudas \$
--	---	--	--	--	---	---------------------------

• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal

<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 a 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 a 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 a 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	Valor pasivos o deudas \$
--	---	--	--	--	---	---------------------------

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales _____

Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales)

Tipo de identificación: T.I. C.C. C.E. C.D. NIT IFE

Número de identificación: _____ Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos): _____

Tipo de identificación: T.I. C.C. C.E. C.D. NIT IFE

Número de identificación: _____ Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos): _____

Sólo para contratos de seguros: Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros con respecto a otro asegurador en los dos últimos años (utilice hoja aparte para relacionar adicionales). Especifique si fue reclamación sin indemnización (RE) o con Indemnización (IN).

Fecha AAAAMMDD	Ramo o Producto	Compañía	Valor	<input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> IN
				<input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> IN

Causa de los anteriores siniestros _____

DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRAL DE INFORMACIÓN

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA. AFIRMO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y DECLARO QUE LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (DETALLE OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)

DE DETALLE

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A. con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Además me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma del solicitante: _____ Huella índice derecho: _____

INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (formulario para ser respondido completamente por el asesor, gerente o director)

Lugar de la visita o entrevista: _____ Fecha AAAA MM DD: _____ Hora HH : MM: _____ Tipo de relación con el solicitante: Familiar Personal Conocido Referido

Concepto general sobre el cliente: _____ Dé detalle del tipo de relación: _____

Declaro que verifiqué la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por EL CLIENTE.

Código asesor: _____ Nombre del asesor / Gerente / Director: _____ Firma del Asesor / Gerente / Director: _____ Ciudad: _____

Tipo de Identificación: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.: Cédula de Extranjería - C.D.: Carné Diplomático - PA.: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros - SEXO: F: Femenino M: Masculino - Parentesco: Pr: Progenitor (Padre - Madre) - Co: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - Am: Amigo - RE: Referido - RC: Registro Civil