

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Información Persona Natural

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  Apoderado

Oficina de radicación

Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

## INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación

C.C.  R.C.  C.D.  T.I.  C.E.  PA.

Número de identificación

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Sexo  
 F  M

Fecha de nacimiento AAAA MM DD

Ciudad de nacimiento

Departamento de nacimiento

Nacionalidad (si es diferente a colombiana)

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

Comercial  Familiar

Es el mismo  Laboral  Otro, ¿Cuál?

Estado civil

Casado  Separado

Soltero  Viudo

Vivienda

Propia

Arrendada

Estrato vivienda

1  3  5

2  4  6

Número de hijos

Tiene vehículo propio

SI  NO

## INFORMACIÓN ADICIONAL (INFORMACIÓN FAMILIAR ADICIONAL EN HOJA APARTE)

Tipo de identificación

C.C.  C.D.  C.E.  PA.

Número de identificación

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Fecha de nacimiento AAAAMMDD

Parentesco

Sexo

Dependiente

SI  NO

C.C.  C.D.  C.E.  PA.

SI  NO

## INFORMACIÓN UBICACIÓN

Ciudad residencia

Departamento residencia

Teléfono residencia (sin indicativo)

Dirección residencia

Ciudad trabajo

Departamento trabajo

Teléfono trabajo (sin indicativo)

Extensión

Dirección trabajo

Correo electrónico

Celular

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

Residencia

Trabajo

## INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Tipo de actividad

Empleado / Asalariado  Propietario / Socio  Jubilado / Pensionado  Inversionista / Rentista  Independiente  Estudiante  Ama de casa  Otro ¿Cuál?

Descripción actividad económica

Profesión

Ocupación / Cargo

¿Maneja recursos públicos?

SI  NO

Si su respuesta es afirmativa, de detalle

¿Posee algún grado de poder público?

SI  NO

Si su respuesta es afirmativa, de detalle

¿Es persona reconocida o de influencia pública política?

SI  NO

Si su respuesta es afirmativa, de detalle

## 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  Préstamos en moneda extranjera  Transferencias

Importaciones  Pago de servicios  Inversiones  Otras ¿Cuáles?

POSEE CUENTAS CORRIENTES EN MONEDA EXTRANJERA?  SI  NO

Número de cuenta

Banco

Ciudad

Pais

Monto

Moneda

## INFORMACIÓN FINANCIERA

• Ingresos mensuales actividad principal

Menos de 1.2 millones

1.2 a 2.9 millones

3 a 5 millones

Más de 5 millones

Valor activos o posesiones

• Egresos mensuales actividad principal

Menos de 1.2 millones

1.2 a 2.9 millones

3 a 5 millones

Más de 5 millones

Valor pasivos o deudas

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

Menos de 1.2 millones

1.2 a 2.9 millones

3 a 5 millones

Más de 5 millones

Valor pasivos o deudas

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales

Sólo para contratos de seguros: Relación de 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

RE  IN

RE  IN

Causa de los anteriores Siniestros

## DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS Y AUTORIZACION 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](http://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

De detalle del tipo de relación

Concepto general sobre el cliente

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.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte - NIT: N°mero de Identificación Tributaria  
I.F.: 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