

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Información Persona Jurídica

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



Clase de cliente: Tomador Titular Cartera Colectiva Asegurado Beneficiario Afianzado Apoderado

Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE	Número de identificación	Razón social
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de identificación	Nombres y apellidos del Representante Legal (primero nombres, luego apellidos)
Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Es el mismo <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> 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 Informática Alimentos Cementos Transporte Petróleo Educación Telecomunicaciones Farmacéutico Salud Textiles Metalmecánico Construcción Turismo Químico 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	\$
• 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 <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE	Número de identificación	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> 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 AAAAMDD	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 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.:

AUTORIZO A SURAMERICANA, SU MATRIZ, FILIALES Y SUBSIDIARIAS PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, COMERCIALES, FINANCIEROS, CONSULTE, TRANSFIERA, COMPARTA, SOLICITE, PROCESA, REPORTE Y DIVULGUE A LA CENTRAL DE INFORMACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO -CIFIN- O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE HAYAN OTORGADO O SE OTORGUEN EN EL FUTURO EN VIRTUD DE LOS SERVICIOS DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES. **ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR TODA MI INFORMACIÓN EN FORMA ANUAL.**

AUTORIZO VOLUNTARIAMENTE QUE INFORMACIÓN DE MIS PÓLIZAS Y/O INFORMACIÓN GENERAL DE SURAMERICANA 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 Representante Legal

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 <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/> Referido	Dé detalle del tipo de relación
Concepto general sobre el cliente				

Código asesor	Nombre del asesor / Gerente / Director	Firma del Asesor / Gerente / Director	Ciudad
---------------	--	---------------------------------------	--------

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