

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

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

Clase de cliente <input type="checkbox"/> Tomador <input type="checkbox"/> Titular Cartera Colectiva <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Apoderado	Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD
--	---

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de identificación	Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento AAAA MM DD	Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento
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?		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada
		Estrato vivienda <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Número de hijos Tiene vehículo propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN ADICIONAL (INFORMACIÓN FAMILIAR ADICIONAL EN HOJA APARTE)

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 (primero nombres, luego apellidos)	
		Fecha de nacimiento AAAAMMDD	Parentesco Sexo Dependiente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo	

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

Tipo de actividad <input type="checkbox"/> Empleado / Asalariado <input type="checkbox"/> Propietario / Socio <input type="checkbox"/> Jubilado / Pensionado <input type="checkbox"/> Inversionista / Rentista <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		
Descripción actividad económica	Profesión	Ocupación / Cargo
¿Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, dé detalle		
¿Posee algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, dé detalle		
¿Es persona reconocida o de influencia pública política? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, dé detalle		

Operaciones en moneda extranjera

En su actividad económica realiza Transacciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de transacciones realiza <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuáles?
POSEE CUENTAS CORRIENTES EN MONEDA EXTRANJERA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

INFORMACIÓN FINANCIERA

• Ingresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones <input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones <input type="checkbox"/> 3 a 5 millones <input type="checkbox"/> Más de 5 millones	Valor activos o posesiones \$
• Egresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones <input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones <input type="checkbox"/> 3 a 5 millones <input type="checkbox"/> Más de 5 millones	Valor pasivos o deudas \$
• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal	<input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones <input type="checkbox"/> 1.2 a 2.9 millones <input type="checkbox"/> 3 a 5 millones <input type="checkbox"/> Más de 5 millones	

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales _____

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

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	Huella índice derecho
Firma del solicitante	

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA