

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

## INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

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

Clase de cliente

Tomador  Tíltular Cartera Colectiva  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Apoderado

Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

## INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación		Número de identificación	Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)		
<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.					
Sexo	Fecha de nacimiento AAAA MM DD	Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento	Nacionalidad [si es diferente a colombia]	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario		Estado civil	Vivienda	Estrato vivienda	Número de hijos
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Es el mismo <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	
					Tiene vehículo propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

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

Tipo de identificación		Número de identificación	Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)		
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.					
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.					
			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?	Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de transacciones realiza
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<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, TRANSIERA, COMPARTA, SOLICITE, PROCESÉ, 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)

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

10863	Andrey Riveiro galindo Aguilar	Declaro que verifiqué la información contenida en el presente formato al igual que la información que se me ha prestado o transmitido por El CLIENTE. Andrey Riveiro galindo Aguilar	Bogotá
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: 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