

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
Información Persona Natural



(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

2022 06 16

INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación <input checked="" 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"/> P.A.	Número de identificación 1031167119	Fecha de expedición documento de identidad 2011 10 28	Nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos) Denny Camila Mendez Caive	
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento AAAA MM DD 1996 10 18	Ciudad de nacimiento Bogotá	Departamento de nacimiento Bogotá	Nacionalidad (si es diferente a colombiana) Colombiana
Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	Vivienda <input type="checkbox"/> Casada <input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada	Estrato vivienda 1 2 3 4 5 6
			Número de hijos 0	Tiene vehículo propio <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN ADICIONAL (INFORMACIÓN FAMILIAR ADICIONAL EN HOJA APARTE)

Tipo de identificación <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A.	Número de identificación 51889661	Nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos) Adriana Caive Lopez	Fecha de nacimiento AAAA MM DD 1967 12 28	Parentesco Madre	Sexo F	Dependiente <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A.						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN UBICACIÓN

Ciudad residencia Bogotá	Departamento residencia Bogotá	Teléfono residencia (sin indicativo) 5478605	Dirección residencia Cra 18A # 182-59
Ciudad trabajo Bogotá	Departamento trabajo Bogotá	Teléfono trabajo (sin indicativo) 3123452385	Extensión 5
Correo electrónico merde1denny103@gmail.com	Celular 3118331440	Autorizo a SURAMERICANA, para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección física. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Descripción actividad económica Medicina	Profesión Medicina	Ocupación / Cargo Medicina
¿Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle			
¿Posee algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle			
¿Es persona reconocida o de influencia pública política? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle			

Operaciones en moneda extranjera

En su actividad económica realiza Transacciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" 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? ☐ SI ☒ 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 checked="" type="checkbox"/> 3 a 5 millones <input type="checkbox"/> Más de 5 millones	Valor activos o posesiones \$ 0
• Egresos mensuales actividad principal <input type="checkbox"/> Menos de 1.2 millones <input checked="" 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: Relación 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 AAAA MM DD	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: FASECOLD 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 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, publicitarias y para adelantar todos los procesos de relacionamiento con el cliente (exportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos mis productos y soluciones contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a SURAMERICANA S.A. 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. 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 800051888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

Autorizo voluntariamente que la 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
Denny Camila Mendez
ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE
DOCUMENTO

Firma del solicitante

INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

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	De 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.

Tipo de Identificación: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - P.A.: Pasaporte - NIT: N°mero de Identificación Tributaria - Am: Amigo - RE: Referido - RC: Registro Civil - Parentesco: Pr: Progenitor (Padre - Madre) - Co: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar

F-00-44-012 opotema

www.suramericana.com

13. ¿Hace parte de alguna asociación gremial?	SI () NO (X)	Si es afirmativa dar detalle:
14. ¿Presta servicios a Seguros Generales Suramericana S.A.?	SI () NO (X)	Si es afirmativa indicar % de su operación que implica la prestación de este servicio:
15. ¿Alguna aseguradora le ha rechazado la cobertura del riesgo?	SI () NO (X)	Si es afirmativa dar detalle:
16. ¿Ha existido o existe alguna reclamación contra el solicitante o sus empleados en relación al servicio profesional que se pretende asegurar?	SI () NO (X)	Si es afirmativa dar detalle:
17. Después de haber realizado una razonable investigación o consulta con los empleados, ¿se tiene conocimiento de algún acto incorrecto, hecho o circunstancia o investigación previa que en su opinión pudiera dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito del seguro propuesto?		
SI () NO (X)		Si es afirmativa, dar detalle:
18. Señale si desea incluir las siguientes coberturas opcionales:		Dishonestidad de empleados: _____ Propiedad intelectual: _____ Difamación: _____ Pérdida de documentos: _____

DECLARACIÓN

Les recordamos su deber de reportar todo hecho material que pueda influir en la evaluación del riesgo, cualquier cambio en la información suministrada en el presente cuestionario deberá ser notificado.

La reticencia en la información podrá perjudicar su derecho a la indemnización ante un eventual siniestro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. (Nulidad Relativa del Seguro)

El abajo firmante declara también en nombre de las demás Personas Aseguradas, haber contestado íntegra y verídicamente a las preguntas que anteceden. Estas preguntas hacen parte del contrato de seguro. En caso de producirse algún cambio con respecto a los datos contenidos en este cuestionario, nos comprometemos a informarlos inmediatamente al asegurador.

Firma

Dennis Hendez

Nombre

Dennis Camilo Hendez Colon

Fecha

16/6/2022

(Esta solicitud debe ser firmada por el tomador).

Es importante que el administrador que firme esta declaración tenga un buen conocimiento de este seguro para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda recomendamos se contacten con: **GERENCIA DE SOLUCIONES EMPRESARIALES de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** (Tel 051 260 2100 EXT -1528 o 5436) puesto que la información que se omite puede afectar los derechos del Asegurado bajo la Póliza.

Adjunto y formando parte de esta solicitud debe acompañarse una copia del último informe de gestión, los estados financieros debidamente auditados, los comentarios del revisor fiscal y las notas a los estados financieros.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., está además autorizada para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este Seguro.

CUESTIONARIO PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA SEGURO RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El presente cuestionario forma parte integrante del contrato de seguro. Por favor conteste todas y cada una de las siguientes preguntas. Si la pregunta no aplica, favor escribir N/A.

suramericana



DATOS DEL SOLICITANTE

1. Nombre del solicitante:	DENAY Camila Mendez Calvo		
2. Documento de identificación:	1031167419		
3. Tarjeta profesional:	1031167419		
4. Dirección Principal:	Cta 18A # 182-59		
5. Servicio profesional que desea asegurar:			
6. Alternativas o límites asegurados requeridos:	a):	c):	
	b):	d):	
7. ¿En la actualidad, cuenta con un Seguro de Responsabilidad Profesional?:	SI ()	a) Compañía Aseguradora:	
		b) Límite Asegurado actual:	
	NO (X)	c) Fecha Vencimiento:	3 / 5 / 22
8. ¿El solicitante está relacionado con cualquier otra profesión o presta otro servicios profesional distinto al indicado en la pregunta 6?	SI () NO (X)	Si la Respuesta es SI, suministre detalles e ingresos estimados.	
9. Fecha de inicio de actividades			
10. Ingresos Brutos	Favor indicar los ingresos anuales brutos relacionados con los servicios profesionales indicados en la pregunta 5; de los últimos 3 años y los ingresos brutos proyectados para el año actual.		
	Año	Ingresos Brutos	
	2022	30.000.000	
11. Información sobre los sujetos que prestan el servicio profesional descrito	¿Cuántos empleados profesionales participan en la prestación del servicio profesional?	# _____	
	¿Cuántos empleados NO profesionales participan en la prestación del servicio profesional?	# _____	
12. Información sobre los contratos celebrados por el solicitante.	¿Ha prestado servicios profesionales a alguna entidad estatal?	SI (X) NO ()	
	¿Ha prestado servicios profesionales a entidades financieras o administradoras de fondos de pensiones?	SI () NO (X)	
	¿El solicitante subcontrata trabajos relacionados con el servicio profesional con otras firmas?	SI () NO (X)	
	¿Cuánto porcentaje de la operación es subcontratado?	% _____	
	¿El solicitante utiliza contratos escritos con sus clientes?	SI () NO (X)	
	¿El solicitante tiene establecido un programa formal de entrenamiento para nuevos empleados?	SI () NO (X)	
	Favor indicar los 5 proyectos o contratos más importantes desarrollados por el solicitante en los últimos 5 años.		
	Servicio prestado	Ingresos brutos	