## 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: Oficina de radicación Fecha diligenciamiento formato AAAA												A MM DD				
☐ Tomador ☐ Asegu	rado	Beneficiario	Afianzado	Apoder	ado											
INFORMACIÓN BÁSICA Tipo de identificación Número de identificación Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)  C.C R.C C.D T.I. C.E. PA.																
Sexo Fecha de na			)	Departamento de nacimiento Nacionalidad (si						ad (si es	si es diferente a colombia)					
Vinculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario						o civil asado	Separado	Vivienda Irado Propia		Estrato vivienda		·		Tiene vehí	culo propio	
Es el mismo Labora	a 2	4	□ 6				INU									
INFORMACIÓN ADICION Tipo de identificación  C.C. C.D. C.E.	Nú	RMACIÓN FAMILIA imero de identifica		EN HOJA APAF Nombre	RTE) s y apelli	idos (prim	ero nombre	s, luego apellido	os)   Fecha de	nacimien	ito AAAA	MMDD   Pare	entesco		ependiente	
															SI NO	
INFORMACIÓN UBICACIÓN Ciudad residencia Departamento residencia Teléfono residencia (sin indi						tivo] Dirección residencia										
Ciudad trabajo	Departamento trabajo		Teléfono trab	ivo) E	Extensión	Dirección trabajo										
Correo electrónico	Celular				Autorizo a SURAMERICANA , para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección física.											
Tipo de actividad																
Empleado / Asalariado Propietario / Socio Jubilado / Pensionado Inversionista / Rentista Independiente Estudiante Ama de casa Otro ¿Cuál?  Descripción actividad económica Profesión Ocupación / Cargo																
Descripcion actividad economica Profesion Ucupación / 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																
Operaciones en moneda ext																
En su actividad económica r Transacciones en moneda e		Exportac	iones	/a, señale qué t Préstamos en	moneda		ra 🔲 Trans	sferencias								
SI NO	N MONEDA E	Importac	iones	Pago de servi	cios		Inver	siones	Otras ¿Cu	iáles?						
POSEE CUENTAS CORRIENTES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO  Número de cuenta Banco Ciudad					Pals				Monto	Monto				Moneda		
INFORMACIÓN FINANCIERA • Ingresos mensuales actividad principal																
Otros ingresos no operacionales u originados										de 5 millones  Valor pasivos o deudas  de 5 millones  \$						
en actividades diferentes a				ttories 🔲 i.	Z a Z.7 II	intones		intones Ma	as de 5 millo	nes \$	)					
Detalle por qué concepto so Sólo para contratos de seg adicionales). Especifique si	ıros: Relac	ione las reclamad	iones present	adas e indemn n Indemnizació	izaciones n (IN),	s recibidas	s sobre segi	uros con respec	to a otro ase	gurador	en los d	os últimos a	nõos (util	lice hoja apa	arte para relacionar	
adiciónales). Especifique si fue reclamación sin indemnización (RE) o con Indemnización (IN).  Fecha AAAAMMDD Ramo o Producto Compañía										Valor RE IN						
Causa de los anteriores Sin																
DECLARACIÓN ORIGEN																
DECLARO QUE LA INFORMACTIVIDADES LAS EJERZO  DE DETALLE	MACION CO DENTRO DE	NSIGNADA EN ES E LAS NORMAS LEC	GTE FORMULA GALES Y DECLA	RIO CONCUERI ARO QUE LOS RI	DA CON ECURSOS	LA REALI S QUE POS	DAD Y ASU SEO PROVIEN	MO PLENA RES NEN DE LAS SIGI	PONSABILID UIENTES FUE	AD POR ENTES: (D	LA VER ETALLE	ACIDAD DE OCUPACIÓN	LA MISN I, OFICIO	1A. AFIRMO , ACTIVIDAD	QUE TODAS MIS , NEGOCIO, ETC:	
Autorizo a SURAMERICANA S., datos biométricos, que es un	dato sensible	e, para los fines que	sean necesarios	para la prestaci	ón de los :	servicios er	ncargados, pa	irticularmente par	a SURAME	RICANA S.	.A me sea	enviada por a	lgún med	io electrónico	ormación general de (mensaje de texto al	
ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidac de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y contro de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de consultar, reportar los datos positivos o negativos de m									ol							
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									el LEÍD	COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO						
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										ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE						
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.											DOCUMENTO					
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.											Firma del solicitante Huella índice dere					
INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (formulario para ser respondido completamente por el aseso Lugar de la visita o entrevista Fecha AAAA MM DD Hora HH : MM Tipo de relación con el solicitante												alle del tipo d	de relaci	ón		
Concepto general sobre el c	liente					Familia	r Pers	onal Conoc	ido Refe	erido						
				1	D- 1		_(C			1	「					
	Declaro que verifiqué la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por El CLIENTE.															
Código asesor	Nombre del	l asesor / Gerente	/ Director				/ Gerente /					Ciudad				

Codigo 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 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 F-00-44-012 | apotema |

\*\*Workstramericana com\*\*