

(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

**INFORMACIÓN BÁSICA**

Tipo de identificación:  C.C.  R.C.  C.D.  T.I.  C.E.  PA. Número de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición documento de identidad: AAAA MM DD Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos): \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Fecha de nacimiento AAAA MM DD Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_ Departamento de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad (si es diferente a colombiana): \_\_\_\_\_

Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario:  Comercial  Familiar  Es el mismo  Laboral  Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Estado civil:  Casado  Separado  Soltero  Viudo Vivienda:  Propia  Arrendada Estrato vivienda:  1  2  3  4  5  6 Número de hijos: \_\_\_\_\_ Tiene vehículo propio:  SI  NO

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

Tipo de identificación:  C.C.  C.D.  C.E.  PA. Número de identificación: \_\_\_\_\_ Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento AAAAMDD: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dependiente:  SI  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.  Residencia  Trabajo

**INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Tipo de actividad:  Empleado / Asalariado  Propietario / Socio  Jubilado / Pensionado  Inversionista / Rentista  Independiente  Estudiante  Ama de casa  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Descripción actividad económica: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación / 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: \_\_\_\_\_

¿Es persona reconocida o de influencia pública política?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, de detalle: \_\_\_\_\_

**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  Pagos 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:  Menos de 1.2 millones  1.2 a 2.9 millones  3 a 5 millones  Más de 5 millones Valor activos o posesiones \$ \_\_\_\_\_

• Egresos mensuales actividad principal:  Menos de 1.2 millones  1.2 a 2.9 millones  3 a 5 millones  Más de 5 millones Valor pasivos o deudas \$ \_\_\_\_\_

• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal:  Menos de 1.2 millones  1.2 a 2.9 millones  3 a 5 millones  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 AAAAMDD	Ramo o Producto	Compañía	Valor	<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: FASECOLDA 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, Compañías 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 (soportados 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](http://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 LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO**

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:  Familiar  Personal  Conocido  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: \_\_\_\_\_