

(PARA DILIGENCIAR POR EL CLIENTE - TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Clase de cliente:	Oficina de radicación	Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD
☐ Tomador ☐ Asegurado ☐ Beneficiario ☐ Afianzado		

INFORMACIÓN BÁSICA		Número de identificación	Razón social
Tipo de identificación			
☐ NIT ☐ IFE			
Tipo de identificación		Número de identificación	Fecha de expedición documento de identidad
☐ C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ PA.			AAAA MM DD
Nombres y apellidos del Representante Legal (primero nombres, luego apellidos)			
Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario			
☐ Comercial ☐ Familiar ☐ Es el mismo ☐ Laboral ☐ Otro, ¿Cuál?			

INFORMACIÓN UBICACIÓN		Teléfono (Sin indicativo)		Extensión	Dirección Oficina Principal
Ciudad Oficina Principal	Departamento Oficina Principal				
Ciudad Sucursal	Departamento Sucursal	Teléfono (Sin indicativo)		Extensión	Dirección Sucursal
					Correo Electrónico
Ciudad Residencia Representante Legal	Departamento Residencia Representante legal	Teléfono (Sin indicativo)		Celular	Dirección Residencia Representante legal

Autorizo a SURAMERICANA, para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección física. ☐ Oficina Principal ☐ Sucursal ☐ Residencia

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA		Tipo de Empresa	
Sector	Tipo de Actividad		
☐ Comercial ☐ Industrial ☐ Agrícola ☐ Informática ☐ Alimentos ☐ Cementos ☐ Transporte ☐ Petróleo ☐ Educación ☐ Telecomunicaciones	☐ Financiero ☐ Servicios ☐ Farmacéutico ☐ Salud ☐ Textiles ☐ Metalmecánico ☐ Construcción ☐ Turismo ☐ Químico ☐ Otro ¿Cuál?		
Descripción Actividad Económica		Tipo de Empresa	
		☐ Privada ☐ Pública ☐ Mixta ¿Cuál?	

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 ☐ Pago de servicios ☐ Transferencias ☐ Inversiones ☐ Otras ¿Cuáles?					
Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? ☐ SI ☐ NO					
Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

INFORMACIÓN FINANCIERA		Menos de 100 millones		101 A 500 millones		501 a 1000 millones		1001 a 5.000 millones		5.001 a 20.000 millones		Más de 20.000 millones		Valor activos o posesiones
• Ingresos mensuales actividad principal														\$
• Egresos mensuales actividad principal														Valor pasivos o deudas
• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal														\$

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales		
Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales)		
Tipo de identificación	Número de identificación	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ NIT ☐ IFE		
Tipo de identificación	Número de identificación	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ NIT ☐ IFE		

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	☐ RE ☐ IN
				☐ RE ☐ IN

Causa de los anteriores Sinistros
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.)	
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 (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 .	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
Dé detalle del tipo de relación			
Concepto general sobre el cliente			

		Declaro que verifiqué la información contenida en el presente formato al igual que la información física entregada por EL CLIENTE.	
Código asesor	Nombre del asesor / Gerente / Director	Firma del Asesor / Gerente / Director	Ciudad