

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE



PREVISORA
SEGUROS

No. FORMULARIO _____

FECHA _____

SUCURSAL _____

En el evento que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

CLASE DE VINCULACIÓN:

TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO BENEFICIARIO INTERMEDIARIO OTRA, CUAL: _____

INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO: (Individualización del Producto)

FAMILIAR COMERCIAL LABORAL OTRA (CUAL) _____

TOMADOR - ASEGURADO _____

TOMADOR - BENEFICIARIO _____

ASEGURADO - BENEFICIARIO _____

1. DATOS PERSONALES PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES		
ASALARIADO	INDEPENDIENTE	ESTUDIANTE	RENTISTA	SOCIO	PENSIONADO	AMA DE CASA	CIU: _____	
C.C.	C.E.	T.I.	NÚMERO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
R.C.	OTRO							LUGAR DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD			OCUPACIÓN / OFICIO				PROFESIÓN	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA			CARGO	
CIUDAD		DIRECCIÓN				TELÉFONO		FAX
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD		TELÉFONO / CELULAR			

2. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL						NIT.	
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES	
C.C.	C.E.	NÚMERO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN				
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL			CIUDAD	TELÉFONO		FAX	
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA			CIUDAD	TELÉFONO		FAX	
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA					
PÚBLICA	MIXTA	INDUSTRIAL	COMERCIAL	TRANSPORTE	CONSTRUCCIÓN	AGRÍCOLA	CIVIL
PRIVADA		OTRA, CUAL: _____		CIU: _____		SERVICIOS FINANCIEROS	
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):							
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO				TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO
				C.C.	C.E.	T.I.	NIT
				C.C.	C.E.	T.I.	NIT
				C.C.	C.E.	T.I.	NIT
				C.C.	C.E.	T.I.	NIT

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS ANUALES	\$ _____	ACTIVOS	\$ _____
EGRESOS ANUALES	\$ _____	PASIVOS	\$ _____
OTROS INGRESOS (ANUALES)	\$ _____		
CONCEPTO OTROS INGRESOS _____			

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

IMPORTACIONES EXPORTACIONES INVERSIONES TRANSFERENCIAS PRÉSTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA PAGO DE SERVICIOS

OTRA, INDIQUE CUAL: _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

5. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		

6. DECLARACIÓN SOBRE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla anualmente.

3. Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de capitalización e intermediarios de seguros, para que con fines de administración de riesgos y de información entre compañías y entre estas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que concidere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del contrato que se celebre o de cualquier otro vínculo contactual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato el cual el tomador y/o Asegurado y/o beneficiario declara conocer y aceptar en todas sus partes.

Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

CONSIDERACIONES GENERALES:

1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (PARA PERSONAS JURÍDICAS SE DEBE ADJUNTAR EL DEL REPRESENTANTE LEGAL)

Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros, o se paguen indemnizaciones:

2. PERSONA NATURAL

2.1 Contratos de Seguros (Valores asegurados o indemnizados)

* De Daños o Patrimoniales en los que el valor sea superior a 1.270 S.M.M.L.V.

* De Automóviles en los casos en que el valor sea superior a 190 S.M.M.L.V. por vehículo y 381 S.M.M.L.V. por cliente.

* De Vida en los casos en que el valor sea superior a 846 S.M.M.L.V.

3. PERSONA JURÍDICA

3.1 Contratos de Seguros (Valores asegurados o indemnizados)

* De Daños o Patrimoniales en los que el valor sea igual o superior a 8.450 S.M.M.L.V.

* De Automóviles en los casos en que el valor sea igual o superior a 190 S.M.M.L.V. por vehículo y 1.258 S.M.M.L.V. por cliente.

* De Vida en los casos en que el valor sea igual o superior a 1.057 S.M.M.L.V.

Se debe adjuntar la siguiente documentación cuando los montos asegurados o valores indemnizados superen los casos anteriormente mencionados:

PERSONA NATURAL

1. Constancia de Ingresos (Honorarios laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).

2. Declaración de Renta del último período gravable disponible (si declara).

3. Inventario general de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

PERSONA JURÍDICA

1. Original del Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a tres (3) meses, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.

4. Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

5. Declaración de Renta del último período gravable disponible o estados financieros.

APODERADO

1. Poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

8. DILIGENCIAR POR EL TOMADOR CUANDO EL ASEGURADO, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO SEA UNA PERSONA DIFERENTE AL TOMADOR

En mi calidad de tomador, a continuación señalo las razones que me impiden suministrar la información del asegurado, afianzado y/o beneficiario son:

En igual sentido señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para asegurado, afianzado y/o beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

HUELLA



FIRMA

INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA COMPAÑÍA

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	FECHA			HORA	RESULTADO
	DÍA	MES	AÑO		
					<input type="radio"/> ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO
OBSERVACIONES					
NOMBRE INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO RESPONSABLE				FIRMA INTERMEDIARIO O FUNCIONARIO	

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN			HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
Día	Mes	Año			
OBSERVACIONES					
FIRMA					