

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - PERSONA JURÍDICA LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FECHA DE VINCULACIÓN

AGENCIA	DD	MM	AAAA

CLASE DE VINCULACIÓN	TOMADOR <input type="checkbox"/>	ASEGURADO <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	APODERADO AFIANZADO <input type="checkbox"/>
INDIQUE CON UNA (X) LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO				
	FAMILIAR	COMERCIAL	LABORAL	PERSONAL
TOMADOR - ASEGURADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco. De no poseer la información, favor registre No Aplica (N.A)

1. INFORMACIÓN BÁSICA					
RAZON O DENOMINACIÓN SOCIAL _____					NIT _____
TIPO DE SOCIEDAD: LTDA <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> E.U. <input type="checkbox"/> E.S <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____					
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO _____		SEGUNDO APELLIDO _____		PRIMER NOMBRE _____	
SEGUNDO NOMBRE _____		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____		NACIONALIDAD 1 _____	NACIONALIDAD 2 _____
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NÚMERO _____		DIRECCION _____		CIUDAD _____	
PAG. WEB _____		E-MAIL: _____		TELEFONO: _____	
DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCION _____		CIUDAD _____		FAX: _____	
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/>	
		SALUD <input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/>		OTRA: _____	
				CÓDIGO CIUU: <input style="width: 80px;" type="text"/>	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____					

RELACIONE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION) :						
TIPO DE ID (C.C, C.E, T.I, NIT)	NÚMERO DE IDENTIFICACION	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos? (SI/NO)	Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público? (SI/NO)	Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público? (SI/NO)	Está obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países? Indique cuál

Nota: Diligenciar la información financiera en miles de pesos

INGRESOS MENSUALES	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>	ACTIVOS	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>
EGRESOS MENSUALES	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>	PASIVOS	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>
OTROS INGRESOS	\$ <input style="width: 80%;" type="text"/>	CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input style="width: 80%;" type="text"/>

2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL: _____						
OTRAS OPERACIONES: IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>						
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
TIENE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS					
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS					
AÑO	RAMO	COMPANÍA	VALOR	RECLAMACION	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS
Declaro expresamente que: 1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 4. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

AVISO DE PRIVACIDAD LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 1581 DE 2012

La Equidad Seguros Generales O.C., y La Equidad Seguros de Vida O.C., (En adelante La Equidad) se permiten informar a todos sus Clientes y potenciales Clientes, que en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, los datos personales que le han sido, le son y le serán suministrados en virtud de la celebración y ejecución de los contratos de seguros que se han o se lleguen a celebrar, son objeto de protección y se someterán a lo establecido en la Política de Tratamiento de Datos que tiene implementada La Equidad O.C. en la cual constan nuestros deberes y los derechos del titular de los datos, y que pueden ser consultados en página web www.laequidadseguros.coop.

En virtud de lo anterior, La Equidad O.C., con domicilio principal en la carrera 9 A número 99-07 piso 12 de la ciudad de Bogotá D.C., teléfono 018000 09 19538 y en Bogotá 5922929; como RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, se permite indicar que los datos de carácter personal de sus clientes (tomadores, asegurados y beneficiarios) y potenciales clientes serán objeto de Tratamiento según sea el caso para las siguientes finalidades: 1. El trámite de vinculación como consumidor financiero. 2. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos 3. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó. 4. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con LA Equidad Seguros O.C. 5. El control y la prevención del fraude. 6. La liquidación y pago de siniestros. 7. En general, la gestión integral del seguro contratado. 8. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado. 8. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad. 9. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciación y actualización de datos. 10. Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. 11. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 12. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley. 13. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.

5. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identificación del representante legal.
2. Certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio o certificación expedida por la entidad vigilante no superior a 3 meses de expedida).
3. Copia del documento del registro Único Tributario (RUT)
4. Copia de la Declaración de renta del último año gravable. Para las entidades exentas, según el artículo 598 del Estatuto Tributario, adjuntar Estados financieros.

ATENCIÓN DONDE SE ENCUENTRE 24 HORAS DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS DEL AÑO

Para conocer las condiciones específicas bajo las cuales se prestará el servicio debe dirigirse al Clausulado que le fue entregado junto con la póliza.

Para tener acceso a las coberturas de la póliza o resolver inquietudes, debe comunicarse a las líneas de atención al cliente: desde su móvil #324, en Bogotá 7460392 y desde el resto del país 018000919538; también puede dirigirse a cualquiera de las 24 oficinas a nivel nacional, consúltelas en www.laequidadseguros.coop

6. FIRMA Y HUELLA

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO HABER LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTADO LO SEÑALADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO. ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES, FIRMO COMO CONSTANCIA

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.C.

HUELLA

Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

Nota: Espacio exclusivamente a ser diligenciado por la aseguradora.

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

EL CLIENTE ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICA / POLÍTICAMENTE - PEP -

SI NO

LUGAR DE LA ENTREVISTA:

FECHA ENTREVISTA:

HORA:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA (Comercial contacto directo con el cliente)

RESULTADO

ACEPTADO

RECHAZADO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA CONTENIDO Y SOPORTES DEL FORMULARIO

RESULTADO

ACEPTADO

RECHAZADO

FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA

FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICAR CONTENIDO Y SOPORTES

C.C. No.

C.C. No.

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES: