

Localidad

Conocimiento del Cliente Vinculación Actualización de Datos
PERSONA NATURAL

Fecha de diligenciamiento

D M A

Información General

Tomador Asegurado Apoderado Suscriptor Afianzado

Tipo de documento		No. de documento		Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento	
C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	P.P. <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>			
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido			Segundo apellido	
Nacionalidad		Estado civil		Sexo		Hobby		No. de hijos
				F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				
Dirección de residencia						Ciudad de residencia		
Teléfono residencia		No. celular		Correo electrónico				

Actividad Económica

Profesión		Persona dependiente - Ocupación actual					
		Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>					
Empresa donde trabaja		Cargo que desempeña					
Dirección del trabajo			Ciudad			Teléfono	
Persona independiente - Descripción actividad económica principal				Código CIU - actividad económica persona independiente			
<p>Son Personas Públicamente Expuestas PEP: (I) Los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos, (II) Representantes de organizaciones internacionales y (III) Las personas que gozan de reconocimiento público.</p>						De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	
						SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
¿Tiene vínculos familiares con una Persona Públicamente Expuesta?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar:			
Nombres y apellidos		No. de identificación		Parentesco		Cargo o actividad	

Información Financiera

Total activos (cifras en pesos)		Total pasivos (cifras en pesos)		Total patrimonio (cifra en pesos)			
Total ingresos mensuales (cifra en pesos)				Total egresos mensuales (cifra en pesos)			
¿Recibe otros ingresos, ingresos adicionales u originados en actividades diferentes a su actividad principal?							
SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, por favor describa el detalle o concepto de otros ingresos a continuación:							
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Tipo de moneda: Euro <input type="radio"/> Dólar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
¿Realiza operaciones internacionales?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta fue afirmativa, indique a continuación qué tipo de operación realiza:					
Importación <input type="radio"/>		Exportación <input type="radio"/>		Inversiones <input type="radio"/>		Compra y/o venta divisas <input type="radio"/>	
						Préstamos <input type="radio"/>	
						Transacciones o Giros <input type="radio"/>	
						Pagos de Servicios <input type="radio"/>	
¿Posee productos financieros en el exterior?							
SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:							
Tipo de Producto		Identificación o No. del Producto		Entidad	Monto	Ciudad	País
							Moneda

Reclamaciones

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? SÍ NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco:

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	RECLAMACIÓN
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(únicamente para vinculaciones de seguros) Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SÍ NO

Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente

Familiar Comercial Laboral Otra ¿cuál? _____

