

N° SINIESTRO

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
LA EQUIDAD SEGUROS O.C

10268833

AGENCIA

DD

MM

AAAA

19

octubre

2023

1. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Morales SEGUNDO APELLIDO: Londono NOMBRE Y APELLIDO: Wilton SEGUNDO NOMBRE: Gibery

C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ N. ☐ O.T. ☐ NÚMERO: 71.798.601 LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: Medellin FECHA DE EXPEDICIÓN: 19-feb-1998 SEXO: ☒ M ☐ F

FECHA DE NACIMIENTO: 24-11-1979 NACIONALIDAD: colombiana OCUPACIÓN / PROFESIÓN: independiente

ESTADO CIVIL: ☒ CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ N° DE HIJOS: 02 ESTADO: 05

TIPO DE ACTIVIDAD: ☐ ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOMBRE DE CASA ☐ HOMBRES ☐ PENSIONADO ☐ INDEPENDIENTE ☒ ACTIVIDAD ECONÓMICA: Transporte público

RAZÓN DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Coopcebambos CARGO: Socio.

CORREO: Medellin DIRECCIÓN: Cl 59 # 51d 41 TELÉFONO: 604 444 0000 FAX:

PROTECCIÓN DE DOCUMENTOS: Cl 79 # 52A-17 CIUDAD: Medellin

TELÉFONO: 570/300 CELULAR: 301 6052224 CORREO: wiltonmoralesy24@hotmail.com

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS: ☒ SI ☐ NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN PODER PÚBLICO: ☐ SI ☒ NO

SI ALGUNA DE LAS PRESENTES ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFICAR:

2. BENEFICIARIO DEL PAGO PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____ NIT: _____

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

C.C. ☐ C.E. ☐ NÚMERO: _____ LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: _____

DATOS OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____

PAG. WEB: _____ FAX: _____

DATOS SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____

FAX: _____

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ AGRICOLA ☐ CIVIL ☐ OTRA: _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL OBJETO SOCIAL: _____

IDENTIFICACIÓN DE LOS ALTERNATIVAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (ENCASO DE SI QUE NO HAY Y ESPACIO RESERVAR PARA LA RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	% PARTICIPACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Para ser diligenciada por el beneficiario)

INGRESOS MENSUALES: \$6.000.000 ACTIVOS: \$450.000.000

GASTOS MENSUALES: \$3.000.000 PASIVOS: \$50.000.000

OTROS INGRESOS: \$1.200.000 CONCEPTO OTROS INGRESOS: arriendo.

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS Y SUS RESULTADOS RECLAMACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPANIA	VALOR	RECLAMACIÓN	INDEMNIZACIÓN
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN, DESTINO DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (fuente ocupación, oficio, actividad o negocio): _____
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito y la gano dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades lícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla oportunamente.
- Autorizo a la Equidad Seguros O.C. para que con fines estadísticos y de información entre compañías y las autoridades competentes consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario si a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual 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 de novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato del cual el Tomador y/o Asegurado, declara conocer y aceptar en.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA NATURAL: _____ PERSONA JURÍDICA: _____

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO AGANTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN ORIGINAL DE CUALQUIERA, TAMBIÉN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO AGANTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE CANCELACIÓN DE LOS DATOS CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES MESES.

7. FIRMA Y HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMA COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODO LO ANTERIOR ADJUNTO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES.

Wilton Morales

FIRMA DEL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL C.C. 71.798.601

HUELLA: _____

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____ OBSERVACIONES DE ENTREVISTA Y CONFIRMACIÓN DE DATOS: _____

NOMBRE: _____ CÉDULA: _____

IND 040
01/2012