

Conocimiento del Cliente Vinculación Actualización de Datos
PERSONA NATURAL

Localidad

Fecha de diligenciamiento
D M A

Información General

Tomador Asegurado Apoderado Suscriptor Afianzado

Tipo de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		No. de documento	Fecha de nacimiento D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>			Lugar de nacimiento
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido		Segundo apellido		
Nacionalidad	Estado civil	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Hobby		No. de hijos	
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>			<p>De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?</p> <p>SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/></p>
¿Tiene vínculos familiares con una Persona Públicamente Expuesta?		Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor suministre la siguiente información de su familiar:	
Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
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

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? _____

