

(PARA DILIGENCIAR POR EL CLIENTE - TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Clase de cliente:  Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado Oficina de radicación Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

**INFORMACIÓN BÁSICA**  
 Tipo de identificación:  NIT  IFE Número de identificación Razón social  
 Tipo de identificación:  C.C.  C.D.  C.E.  PA. Número de identificación Fecha de expedición documento de identidad Nombres y apellidos del Representante Legal (primeros nombres, luego apellidos)  
 Vínculos existentes entre tomador, titular, asegurado, afianzado, afiliado y beneficiario  
 Comercial  Familiar  Es el mismo  Laboral  Otro, ¿Cuál?

**INFORMACIÓN UBICACIÓN**  
 Ciudad Oficina Principal Departamento Oficina Principal Teléfono (Sin indicativo) Extensión Dirección Oficina Principal  
 Ciudad Sucursal Departamento Sucursal Teléfono (Sin indicativo) Extensión Dirección Sucursal Correo Electrónico  
 Ciudad Residencia Representante Legal Departamento Residencia Representante legal Teléfono (Sin indicativo) Celular Dirección Residencia Representante legal

Autorizo a SURAMERICANA, para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección física.  Oficina Principal  Sucursal  Residencia

**INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**  
 Sector:  Comercial  Industrial  Financiero  Servicios Tipo de Actividad:  Agrícola  Informática  Alimentos  Cementos  Transporte  Petróleo  Educación  Telecomunicaciones  Farmacéutico  Salud  Textiles  Metalmecánico  Construcción  Turismo  Químico  Otro ¿Cuál?  
 Descripción Actividad Económica Tipo de Empresa:  Privada  Pública  Mixta ¿Cuál?

**Operaciones en moneda extranjera**  
 En su actividad económica realiza transacciones en moneda extranjera?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de transacciones realiza  
 Exportaciones  Importaciones  Préstamos en moneda extranjera  Pago de servicios  Transferencias  Inversiones  Otras ¿Cuáles?

Posee cuentas corrientes en moneda extranjera?  SI  NO  

Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

**INFORMACIÓN FINANCIERA**  
 • Ingresos mensuales actividad principal  Menos de 100 millones  101 A 500 millones  501 a 1000 millones  1001 a 5.000 millones  5.001 a 20.000 millones  Más de 20.000 millones Valor activos o posesiones \$  
 • Egresos mensuales actividad principal  Menos de 100 millones  101 A 500 millones  501 a 1000 millones  1001 a 5.000 millones  5.001 a 20.000 millones  Más de 20.000 millones Valor pasivos o deudas \$  
 • Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal  Menos de 100 millones  101 A 500 millones  501 a 1000 millones  1001 a 5.000 millones  5.001 a 20.000 millones  Más de 20.000 millones

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales

**Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales)**  
 Tipo de identificación:  T.I.  C.C.  C.E.  C.D.  NIT  IFE Número de identificación Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)  
 Tipo de identificación:  T.I.  C.C.  C.E.  C.D.  NIT  IFE Número de identificación Razón social y/o nombres y apellidos (primeros nombres, luego apellidos)

**Sólo para contratos de seguros:** Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros con respecto a otro asegurador en los dos últimos años (utilice hoja aparte para relacionar adicionales). Especifique si fue reclamación sin indemnización (RE) o con Indemnización (IN).

Fecha AAAAMMDD	Ramo o Producto	Compañía	Valor	<input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> IN
				<input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> IN

Causa de los anteriores Sinistros

**DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS Y AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRAL DE INFORMACIÓN**

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA. AFIRMO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y DECLARO QUE LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (DETALLE OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC.)**

**DE DETALLE**  
 Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales, para el tratamiento de los mismos, incluso de mis datos biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados, particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con: FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias y para adelantar todos los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos mis productos y soluciones contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a SURAMERICANA S.A. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite [www.sura.com](http://www.sura.com).

Autorizo voluntariamente que la información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA S.A me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

**COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO**

Firma del solicitante

**INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE** (formulario para ser respondido completamente por el asesor, gerente o director)  
 Lugar de la visita o entrevista Fecha AAAA MM DD Hora HH : MM Tipo de relación con el solicitante  Familiar  Personal  Conocido  Referido Dé detalle del tipo de relación  
 Concepto general sobre el cliente

Código asesor Nombre del asesor / Gerente / Director Firma del Asesor / Gerente / Director Ciudad