

Asegurado  Afianzado  Intermediario  Codeudor  Tomador  Beneficiario  Otro (Explique) \_\_\_\_\_

**PERSONA NATURAL**

Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
País de nacimiento	País de residencia	Nacionalidad	Lugar y fecha de nacimiento		
Estado Familiar	Nombre del Cónyuge				
DUI	NIT	Pasaporte	Carnet de Residente		
Lugar y fecha de expedición de documento de identificación		Fecha de vencimiento	Teléfono residencial	Celular	
Dirección de Residencia					
Municipio	Departamento:	País	Email		
<b>Actividad Económica a la que se dedica:</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesional Independiente				
	<input type="checkbox"/> Otros (Ejemplo: Estudiante, Ama de Casa, Jubilado): Especifique: _____				

**INFORMACION PARA EMPLEADO**

Nombre del lugar de trabajo	Cargo desempeñado
Dirección del lugar de trabajo	Teléfono

**INFORMACION PARA COMERCIANTE O PROFESIONAL INDEPENDIENTE**

Especificar la Actividad a la que se dedica	
Dirección del Negocio u Oficina	Teléfono

**DECLARACIÓN DE TRANSACCIONALIDAD**

Forma de pago de la prima: <input type="checkbox"/> Contado: <input type="checkbox"/> Crédito	Modo de Pago: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencias
Meses: 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depósito Bancario <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito
Estimación de ingresos proyectados mensualmente (rangos, marcar con X)	De \$1.00 a \$800.00 <input type="checkbox"/> De \$800.01 a \$2,000.00 <input type="checkbox"/> \$2,000.01 a \$4,500.00 <input type="checkbox"/> De \$4,500.01 a \$6,000.00 <input type="checkbox"/> De \$6,000.01 a \$10,000.00 <input type="checkbox"/> De \$10,000.01 a más. <input type="checkbox"/>
¿Proyecta hacer pagos anticipados? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Frecuencia _____ Monto \$ _____	

**PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)**

¿Es o ha sido Funcionario Público de Alto Rango en los últimos 10 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cargo desempeñado:
¿Es pariente o relacionado comercialmente de alguien que es o ha sido Funcionario Público de Alto Rango en los últimos 10 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre del Funcionario Público:
Si su respuesta es afirmativa, completar Formulario Complementario para Clientes PEP's.

**EXCLUSIVO PARA COMERCIANTES Y PROFESIONALES**

	Nombres Completos	Dirección	Teléfono
<b>PRINCIPALES CLIENTES QUE POSEE</b>	1.		
	2.		
<b>PRINCIPALES PROVEEDORES</b>	1.		
	2.		

Firma del Cliente o Apoderado \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y No. de autorización de la SSF y firma del Intermediario \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona de la Compañía responsable de la revisión \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE DE PERSONAS NATURALES**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- DUI (Del asegurado y/o pagador)</li> <li>- NIT (Del asegurado y/o pagador)</li> <li>- Tarjeta de Registro Fiscal de IVA</li> <li>- Pasaporte vigente o Carnet de Residencia, si es extranjera.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobante de Domicilio tales como: recibo de luz, agua, teléfono, con vigencia de 6 meses de antigüedad.</li> <li>- Matrícula de Comercio vigente o en su defecto la constancia del pago de los derechos correspondientes (Comerciantes Individuales)</li> <li>- Fotocopia de Poder (Cuando sea menor de edad).</li> </ul> |
|--|---|

