



**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL O JURÍDICA**

INGRESO MENSUAL		OTROS INGRESOS MENSUALES		TOTAL INGRESOS MENSUALES		TOTAL EGRESOS MENSUALES	
TOTAL ACTIVOS				TOTAL PASIVOS			

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	IMPORTACIONES <input type="radio"/>	EXPORTACIONES <input type="radio"/>	INVERSIONES <input type="radio"/>	TRANSFERENCIAS <input type="radio"/>			
	PRÉSTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA <input type="radio"/>		PAGO DE SERVICIOS <input type="radio"/>		OTRO <input type="radio"/>	DETALLE:	
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

**INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS**

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

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO**

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

\_\_\_\_\_

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora, para revocar y/o rescindir unilateralmente del contrato.

4. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

5. Autorizo a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., Entidad Cooperativa, para que con los fines de administración de riesgos, de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes, y evitar el pago fraudulento de una indemnización; consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a la centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, y en particular al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude INIF LTDA a su base de datos y su administración, la información y los datos personales derivados y conocidos por la presente relación contractual de seguro o de cualquier otro vínculo que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorguen en el futuro con ocasión del desarrollo del presente contrato, incluyendo las actividades adelantadas por la Compañía o por un tercero autorizado por ella, en la indagación del estado del riesgo y de las circunstancias de tiempo, modo, y lugar del siniestro reportado, así como sobre novedades, referencias, manejo de la póliza, y demás servicios que surjan del presente contrato, donde el Tomador, Asegurado, beneficiario declaran conocer y aceptar en todas sus partes. Así mismo autorizo de manera irrevocable a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda., Entidad Cooperativa, a solicitar a cualquier persona, institución o autoridad, información sobre mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios, y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la Compañía sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en éste formato único de conocimiento del cliente, así como para evaluar la aceptación del mismo. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

6. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días de mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

NOMBRE

FIRMA Y CC

PARA PERSONA JURÍDICA, ESCRIBA EL NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA ÍNDICE DERECHO

**INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)**

LUGAR DE ENTREVISTA						FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA		CARGO	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO Ó INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA						FIRMA DEL INTERMEDIARIO		CARGO	
CARGO						En mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular Básica Jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista. Como constancia de lo anterior, firmo a continuación.			
FECHA DE ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA					
RESULTADO DE LA ENTREVISTA						FIRMA DEL INTERMEDIARIO		CARGO	