

RAMO (1)			CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO		
GENERALES	AUTOMÓVILES	VIDA			Día	Mes	Año

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento.

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados., en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Los campos con dos rayas (–) son de uso exclusivo de la Compañía.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

### 1. CLASE DE VINCULACIÓN

Tomador Asegurado Afianzado Beneficiario Proveedor Intermediario Otra Cual? \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA

#### DATOS GENERALES DEL TOMADOR

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO\* \_\_\_\_\_ NOMBRES\* \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_ LUGAR EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_

C.C. C.E. OTRO \_\_\_\_\_ NO. \_\_\_\_\_ Día Mes Año

LUGAR DE NACIMIENTO\* \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO\* \_\_\_\_\_ SEXO\* \_\_\_\_\_ PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN\* \_\_\_\_\_

Día Mes Año F M

NIVEL EDUCATIVO\* \_\_\_\_\_ TIPO DE VIVIENDA\* \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL\* \_\_\_\_\_ ESTRATO\* \_\_\_\_\_ NO. HIJOS\* \_\_\_\_\_

Bachillerato Técnico Tecnólogo Propia Arriendo Soltero Casado Viudo 1 2 3

Profesional Postgrado Otro Familiar Otra Unión libre Separado 4 5 6

#### PERSONAJE PÚBLICO\* (Ver definición PEP y Vinculados / Familiar)

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO Es familiar o asociado de una persona pública? SI NO (En caso afirmativo responda los siguiente.)

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI NO Parentesco \_\_\_\_\_ Cargo o actividad \_\_\_\_\_

#### DATOS LABORALES DEL TOMADOR

##### ACTIVIDADES

TIPO DE ACTIVIDAD \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA COMPAÑIA CON QUIEN TRABAJA \_\_\_\_\_ CIU \_\_\_\_\_

Independiente Dependiente Socio Comercial Industrial Transporte Agroindustria

Estudiante Ama de Casa Construcción Serv. Financieros Otra \_\_\_\_\_

CARGO\* \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA COMPAÑIA \_\_\_\_\_ TIPO DE EMPRESA \_\_\_\_\_

Oficial Privada Mixta Otra \_\_\_\_\_

#### DATOS FINANCIEROS

##### PESOS \$

Ingresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_ Total Activos \$ \_\_\_\_\_ Patrimonio \$ \_\_\_\_\_

Egresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_ Total Pasivos \$ \_\_\_\_\_ Otros Ingresos Mensuales \$ \_\_\_\_\_

Detalle Otros Ingresos Mensuales \_\_\_\_\_

GRAN CONTRIBUYENTE SI NO RÉGIMEN Común Simplificado EXENTO RETEFUENTE SI NO

#### OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza usted transacciones en moneda extranjera? SI NO TIPO DE TRANSACCIÓN \_\_\_\_\_ Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? SI NO

Importaciones Inversiones Préstamos Exportaciones Transferencias Pago de Servicios Otra \_\_\_\_\_

ENTIDAD \_\_\_\_\_ TIPO DE PRODUCTO \_\_\_\_\_ IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO \_\_\_\_\_ MONTO \_\_\_\_\_ MONEDA \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

#### DIRECCIONES

TIPO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CORRESPONDENCIA \_\_\_\_\_

SI NO

SI NO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3

#### TELÉFONOS

TIPO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

#### CORREO ELECTRÓNICO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax

#### 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Asegurado? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro \_\_\_\_\_

Indique los vínculos existentes entre el Tomador – Beneficiario? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro \_\_\_\_\_

Indique los vínculos existentes entre el Asegurado – Beneficiario? Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro \_\_\_\_\_

#### 4. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos dos (2) años ha reclamado a HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A., con el fin de verificar en nuestros archivos? SI NO

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?

AÑO \_\_\_\_\_ COMPAÑIA \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO \_\_\_\_\_ VALOR \_\_\_\_\_ I: INDEMNIZACION / R: RECLAMACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F-013-04-01

REV. ABR. 2018

**Persona Expuesta Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1674 de 2016-, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Ley 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos. **Administradores:** (Ley 222 de 1995, art. 22): Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones. **Vinculados / Familiares:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

**5. AUTORIZACIONES  
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Obrando en nombre propio o en representación de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 – Estatuto Anticorrupción – y demás normas legales que regulen la prevención de lavado de activos para el sector asegurador.

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

--

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. Autorizo a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.
4. Me obligo con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan dispuestos en la compañía.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**

**AUTORIZO** de manera permanente e irrevocable a las Aseguradoras HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañía de Generales, en adelante llamadas "HDI Seguros", las cuales tienen los siguientes datos de contacto: domicilio principal ubicado en Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, almacene, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad, la información derivada del presente contrato o la que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan realizado con la(s) Aseguradora(s) o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular, ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados. Que he sido informado de las condiciones, las finalidades de la autorización y los derechos que le asisten al titular y responsable de la información entregada a la(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros que se encuentra en [www.hdi.com.co](http://www.hdi.com.co) /Atención Al Cliente/ Protección de Datos, donde pueden ser consultadas constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

**6. FIRMAS**

El solicitante declara que los datos suministrados en la presente solicitud son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o que pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a esta solicitud, que conviene en aceptar una póliza sujeta a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar la prima correspondiente. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud de seguro, y los ingresos y egresos generados por la actividad que desarrolla, no provienen ni tienen vínculo alguno con actividades ilícitas. Declaro que conozco las condiciones del seguro ofrecido por la Compañía y sé que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web [www.hdi.com.co](http://www.hdi.com.co)

**Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento, como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmó y dejó huella en el presente documento.**

FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA

HUELLA ÍNDICE DERECHO

CIUDAD			
Día	Mes	Año	Hora
			a.m. p.m.

**NOTA:** Tenga presente que la compañía le realizará una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.

**7. ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INTERMEDIARIO / ENTREVISTA O VISITA**

<b>RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL</b>					
<b>NOMBRES Y APELLIDOS (RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO)</b>		<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>		<b>CARGO</b>	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REALIZA LA VISITA</b>			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
			Hora	a.m.	p.m.
					FIRMA DEL INTERMEDIARIO (RESPONSABLE)

**RESULTADO DE LA VISITA**

**8. ESPACIO PARA LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ( )**

<b>FECHA VERIFICACIÓN (-)</b>			<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (-)</b>				<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (-)</b>	
<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>						
<b>OBSERVACIONES (-)</b>						<b>FIRMA (-)</b>		

**9. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Adjunte los documentos mencionados para el seguro solicitado, dependiendo de las siguientes especificaciones:

**Documentos Obligatorios:**

Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o cédula de extranjería).

**Documentos Adicionales:**

- Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.
- Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 381 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV.  
Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda.  
Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.  
Declaración de renta del último período gravable disponible en los casos que aplique.

**DATOS DEL APODERADO**

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
C.C. C.E. Otro \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

Poder debidamente firmado con conocimiento en notaría. Si este documento es firmado por un apoderado debe adjuntar el poder debidamente firmado con conocimiento del notario y debe diligenciar la siguiente información:

**NOTA:** La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.