

ESTADO	CUBA	CUBA	CUBA	FECHA DE COMPLETADO
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 **NA** (No aplica). Los campos con dos rayas () son de uso exclusivo de la Compañía.

RELACION DE VINCULACIÓN Tomador ☐ Asegurado ☐ Afianzado ☐ Beneficiario ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Otra ☐ Cual? _____									
INFORMACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*					
Betancour		Ponce		Sindy Virginia					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN					
CC ☒ CE ☐ OTRO ☐		NO. 1113628610		Día Mes Año 17 08 2007		Palmira Valle			
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*			
Mpio de Barbacoas Nariño		Día Mes Año 13 11 1986		F ☐ M ☒		Trabajadora Social			
NIVEL EDUCATIVO*		TIPO DE VIVIENDA*		ESTADO CIVIL*		ESTRATO*		NO. HIJOS*	
Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☒ Postgrado ☐ Otro ☐		Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☒ Otra ☐		Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Separado ☐		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐		1	
PERSONA PÚBLICA* (Ver definición PEP's 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									
TIPO DE ACTIVIDAD		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA				CIUJ			
Independiente ☒ Dependiente ☐ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐		Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☐							
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA				TIPO DE EMPRESA			
Trabajadora Social						Oficial ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐			
DATOS FINANCIEROS									
Ingresos Mensuales \$ 2'800.000 Total Activos \$ 2'000.000 Patrimonio \$ _____ Egresos Mensuales \$ 1'200.000 Total Pasivos \$ 1'200.000 Otros Ingresos Mensuales \$ _____ Detalle Otros Ingresos Mensuales _____									
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al ruf)									
D-13 Gran Contribuyente ☐ D-15 Autretenedor ☐ D-23 Impuesto al Consumo ☐ D-47 Régimen simple de tributación ☐ D-48 Impuestos sobre las ventas IVA ☐ D-49 No responsable de IVA ☐ Otras _____									
OPERACIONES INTERNACIONALES									
Realiza usted transacciones en moneda extranjera?		TIPO DE TRANSACCIÓN				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera?			
SI ☐ NO ☒		Importaciones ☐ Inversiones ☐ Prestamos ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐				SI ☐ NO ☒			
ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO		MONTO		MONEDA	
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		NÚMERO		TIPO		NÚMERO			
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 ☒ Relación e continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?									
FECHA		COMPANIA		TIPO DE SEGURO		VALOR		INDENIZACION Y RECLAMACION	

Persona Expuesta Pública (PEP): i) las personas expuestas públicamente 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 públicamente expuesta (Ley 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas designados como jefes de Estado, jefes de alto personal, funcionarios gubernamentales, políticos o militares de alto rango, altos mandos (directores y gerentes) de empresas estatales, 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. 23) Son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos gozan 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.

El presente es un formulario de solicitud de seguro de vida, en el cual se solicita al asegurado proporcionar la siguiente información de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido por la Superintendencia Financiera, al Sistema Obligatorio del Sistema Financiero, la Ley 195 de 1995 - Estatuto Antilavandería - y demás normas legales que regulen la protección de lavado de activos para el sector asegurador.

1. Los recursos que proveen provienen de las siguientes fuentes (identificar origen, oficina, 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. Asiento a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información suministrada en este formulario, eliminando a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

4. No obligo con la Compañía a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por los mismos canales así como 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.

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a las Aseguradoras HXI Seguros de Vida S.A. y/o HXI Seguros S.A. para la compañía de Generales, en adelante llamadas "HXI 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@hxi.com.co y/o cualquier sociedad controlada directa o indirectamente por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañías con la cual HXI Seguros tenga firmado un contrato para el tratamiento de datos personales, para que con fines estadísticos, comerciales y de información procese, actualice, consulte, obtenga, 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 las Aseguradoras o se realicen en el futuro, así como sobre novedades, referencias, manejo y demás servicios que surjan del contrato/póliza, que declara 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 las Aseguradoras, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HXI Seguros que se encuentra en www.hxi.com.co/AtencionAlCliente/ProtecciondeDatos, donde pueden ser consultados constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

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 influir en 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.hxi.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, firmo y dejo huella en el presente documento.

 FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO / APODERADO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA	 HUELLA ÍNDICE DERECHO	Ciudad Día Mes Año Hora 1 8 2024 a.m. 0 p.m. 0
---	---	--

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

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

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS (RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO
NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REALIZA LA VISITA	Día Mes Año Hora	a.m. 0 p.m. 0

FIRMA DEL INTERMEDIARIO (RESPONSABLE)

RESULTADO DE LA VISITA

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

FECHA VERIFICACIÓN (-)	NOMBRE DE LA PERSONA QUE VERIFICA (-)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (-)
Día Mes Año		

OBSERVACIONES (-)

FIRMA (-)

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 PERTURBACIONES 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 301 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV.
 - ☐ Constancia de ingresos (pensionarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda).
 - ☐ Inventario general de los bienes objeto del seguro, sobre cuando se trate de pólizas habituales o automotrices.
 - ☐ Declaración de venta del último período gravable disponible en los casos que aplique.
 - ☐ Poder debidamente firmado con conocimiento en tutoría. Si este documento es firmado por un apoderado debe adjuntar el poder debidamente firmado con conocimiento del notario y debe diligenciar la siguiente información:

NOMBRES Y APELLIDOS
C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐
NACIONALIDAD

DATOS DEL APODERADO

No.

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

HXI Seguros S.A. Carrera 7 N° 72 - 13 Bogotá, D.C. Consultador 346 88 88 Línea de servicio al cliente Bogotá 307 83 20 Nacional 01 8000 129 728