

GENERAL	SAVIA	SAVIA	SAVIA	SAVIA
GENERALES ☐ AUTOMÓVILES ☐ VIDA ☐				

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 escribir N/A (no aplica). Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía.

Tomador ☐	Asegurado ☐	Afianzado ☐	Beneficiario ☐	Proveedor ☐	Intermediario ☐	Otra ☐	Cual?
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------

2. 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	
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐		NO 1113628610		Día Mes Año 17 08 2007	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Mpio de Barbacoas Nariño		Día Mes Año 13 11 1986		F ☐ M ☒	
NIVEL EDUCATIVO		TIPO DE VIVIENDA		ESTADO CIVIL	
Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☒ Postgrado ☐ Otro ☐		Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ Otra ☐		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐ Separado ☐	
				ESTRATO	
				1 8 2 8 3 8 4 8 5 8 6 8	
				NO. HIJOS	
				1	

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 siguientes)
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	☐ SI ☒ NO	Nombres y Apellidos		
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	☐ SI ☒ NO	Parentesco	Cargo o actividad	

DATOS LABORALES DEL TOMADOR

TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES		ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA		CIRJ
Independiente ☒ Dependiente ☐ Socio ☐	Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐				
Estudiante ☐ Ama de Casa ☐	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 \$	

RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al ICF)	0-13 Gran Contribuyente ☐	0-15 Autoretenedor ☐	0-23 Impuesto al Consumo ☐	0-47 Régimen simple de tributación ☐	0-48 Impuestos sobre las ventas IVA ☐
	0-49 No responsable de IVA ☐	Otras			

OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza usted transacciones en moneda extranjera?	SI ☐ NO ☒	TIPO DE TRANSACCIÓN	Tiene usted productos financieros en moneda extranjera?
		Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐	SI ☐ NO ☒
		Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐	

ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
---------	------------------	-----------------------------	-------	--------	------	--------

DIRECCIONES

TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
1	Cra 47A # 11-66	Colombia	Valle	cali	SI ☒ NO ☐
					SI ☐ NO ☐

TELEFONOS

TIPO	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO
5	3223096170	1	3436304	betancourponcesindyvirginia@gmail.com

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?	

TIPO	COMPañía	TIPO DE SEGURO	VALOR	INDICACIONES DE LA RECLAMACIÓN
------	----------	----------------	-------	--------------------------------

Personas Expuestas Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al Decreto 1074 de 2010; ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona públicamente expuesta (Ley 1074 de 2010) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, jefes de alto rango, funcionarios gubernamentales, políticos o militares de alto rango, 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 fiduciario, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o debieran ejercer esas funciones. Vínculos / Familiares: las personas que tengan relaciones conyugales, de hecho o de derecho, son las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

B. AUTORIZACIONES DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Creando en nombre propio o en representación de manera voluntaria y dando certidumbre de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido por la Superintendencia Financiera, el estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción - y demás normas legales que regulan 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 (Atención Al Cliente/ Protección de Datos, 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.

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 se que están publicadas permanentemente para mi consulta, en el sitio web 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, firmo y dejo huella en el presente documento.

Sindy Botancour FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFILIADO / BENEFICIARIO / APODERADO / PROVEEDOR / INTERMEDIARIO / OTRA	HUELLA DERECHO	Ciudad <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Día</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 15%;">Hora</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">2024</td> <td style="text-align: center;">a.m. 0 p.m. 0</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	Hora	1	8	2024	a.m. 0 p.m. 0
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 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. ☐ p.m. ☐
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:

1. Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.270 SMMLV.
 2. Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 301 SMMLV por cliente.
 3. Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 846 SMMLV.
- ☐ Constancia de ingresos (financieros, 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 venta del último periodo gravable disponible en los casos que aplique.
- ☐ 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:

DATOS DEL APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS _____
C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ No _____
NACIONALIDAD _____

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

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