



La Compañía realizará llamada para confirmación y/o actualización de los datos suministrados en el presente documento.

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

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.

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*		
GORDILLO		MARTINEZ		JUAN PABLO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐		NO. 1.010.059.926		FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN
				Día Mes Año		
				29 10 2018		BUGA
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*
BUGA		Día Mes Año		F ☐ M ☒		ESTUDIANTE UNIVERSITARIO
		19 10 2000				
NIVEL EDUCATIVO*		TIPO DE VIVIENDA*		ESTADO CIVIL*		ESTRATO*
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						
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ SI ☒ NO						
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? ☐ SI ☒ NO						
Es familiar o asociado de una persona pública? ☐ SI ☒ NO (En caso afirmativo responda los siguiente.)						
Nombres y Apellidos _____ No. Identificación _____						
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 \$ 1.300.000		Total Activos \$ 11.000.000		Patrimonio \$ 11.000.000		
Egresos Mensuales \$ 750.000		Total Pasivos \$ 0		Otros Ingresos Mensuales \$		
Detalle Otros Ingresos Mensuales _____						
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al rut)						
0-13 Gran Contribuyente ☐ 0-15 Autoretenedor ☐ 0-33 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						
TIPO DE TRANSACCIÓN						
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO						
Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐						
Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐						
Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO						
ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO		MONTO
						MONEDA
						PAÍS
						CIUDAD
DIRECCIONES						
TIPO		DIRECCIÓN		PAÍS		DEPARTAMENTO
1		CALLE 3 SUR # 5 - 92		COLOMBIA		VALLE DEL CAUCA
						MUNICIPIO
						BUGA
						CORRESPONDENCIA
						SI ☒ NO ☐
						SI ☐ NO ☒
Tpo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3						
TELÉFONOS						
TIPO		NÚMERO		TIPO		NÚMERO
5		(302) 839-8060				
CORREO ELECTRÓNICO						
JUANGORDILLO19@HOTMAIL.COM						
Tpo: 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		COMPANIA		TIPO DE SEGURO		VALOR
						I: INDEMNIZACIÓN / R: RECLAMACIÓN

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente-conforme al Decreto 1074 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 1074 / 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 detenten 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.):

APORTE DE SOSTENIMIENTO DE LOS PADRES

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 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

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, firmé y dejo huella en el presente documento.

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



HUELLA INDICE
DERECHO

CIUDAD			
BUGA VALLE			
Día	Mes	Año	Hora
6	9	2024	04:00
			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

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. ☐
RESULTADO DE LA VISITA		FIRMA DEL INTERMEDIARIO (RESPONSABLE)

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 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.

☐ Poder debidamente firmado con conocimiento del notario. 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