

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

013-04-01

F-013-04-01

REV. SEP. 2020

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

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 /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, firmó y dejó huella en el presente documento.

 	 	CIUDAD <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td>Hora</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>a.m. p.m.</td></tr></table>	Día	Mes	Año	Hora				a.m. p.m.
Día	Mes	Año	Hora							
			a.m. p.m.							
FIRMA DEL TOMADOR / ASEGURADO / AFIANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA	HUELLA ÍNDICE DERECHO									

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**

					FIRMA DEL INTERMEDIARIO (RESPONSABLE)	
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**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 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.