

## FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL

RAMO (1)			CUADRO	FECHA DE FORMULARIO
GENERALES <input type="radio"/>	AUTOMÓVILES <input type="radio"/>	VIDA <input type="radio"/>		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 <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>	Afianzado <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Intermediario <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> Cual?

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

DATOS GENERALES DEL TOMADOR			
PRIMER APELLIDO PINZON		SEGUNDO APELLIDO LOPERA	
NOMBRES BEATRIZ ALJANERA		LUGAR EXPEDICIÓN CALI	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> NO 66.986.194 DE CALI		FECHA EXPEDICIÓN Día Mes Año 31 10 1994	
LUGAR DE NACIMIENTO CALI		FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 28 9 1976	
NIVEL EDUCATIVO Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Postgrado <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
ESTADO CIVIL Soltero <input checked="" type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>		ESTRATO 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	
PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN INGENIERO CIVIL		NO. HIJOS 1	

PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PER y Vinculados / Familiar)	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	Es familiar o asociado de una persona pública? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	Nombres y Apellidos
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	Parentesco
Cargo o actividad	

DATOS LABORALES DEL TOMADOR	
TIPO DE ACTIVIDAD Independiente <input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Agroindustria <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Serv. Financieros <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> ENTIDAD FUNCIÓN PÚBLICA
CARGO CONTRATISTA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA CVC E INDERVALLE
TIPO DE EMPRESA Oficial <input checked="" type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	

DATOS FINANCIEROS	
Ingresos Mensuales \$ 11.800.000	Total Activos \$ 250.000.000
Egresos Mensuales \$ 11.000.000	Total Pasivos \$ 35.000.000
Patrimonio \$ 215.000.000	
Otros Ingresos Mensuales \$	

RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al ruf)	
0-13 Gran Contribuyente <input type="radio"/>	0-15 Autoretenedor <input type="radio"/>
0-49 No responsable de IVA <input checked="" type="radio"/>	Otras Responsabilidad Renta Régimen Ordinario <input type="radio"/>
0-33 Impuesto al Consumo <input type="radio"/>	
0-47 Régimen simple de tributación <input type="radio"/>	
0-48 Impuestos sobre las ventas IVA <input type="radio"/>	

OPERACIONES INTERNACIONALES	
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	TIPO DE TRANSACCIÓN Importaciones <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Préstamos <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Transferencias <input type="radio"/> Pago de Servicios <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO
IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO
MONEDA	PAÍS
CIUDAD	Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO

DIRECCIONES				
TIPO 1 <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN Calle 9 C No. 49-142 Apto 201 H	PAÍS Colombia	DEPARTAMENTO Valle del Cauca	MUNICIPIO Cali
CORRESPONDENCIA SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>				

TELÉFONOS		CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO 1 <input checked="" type="checkbox"/>	NÚMERO 399-7601	TIPO 1 <input checked="" type="checkbox"/>	NÚMERO (300) 570-6689
backpalejandrapinzon@gmail.com			

3. INFORMACIÓN ADICIONAL	
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado?	Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Beneficiario?	Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Indique los vínculos existentes entre el Asegurado - Beneficiario?	Familiar <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>

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 <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
Relacione a continuación las reclamaciones presentadas o indemnizaciones recibidas sobre seguros en esta u otra compañía de seguros en los últimos dos años?	

AÑO	COMPAÑÍA	TIPO DE SEGURO	VALOR	INDENIZACIÓN / RECLAMACIÓN

Persona Expuesta Públicamente (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 destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (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. 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.



## B. 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 regulan la prevención del lavado de activos para el sector asegurador.

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

Los recursos son producto de mis empleos como independiente a través de contratos de prestación de servicios con las entidades públicas **RIEQUIVALE** Y LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA.

- 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.
- Autorizo a la Compañía para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, exonerando a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.
- 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](mailto: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 necesarias 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 autónomos, 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, los 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 consultados constantemente. Así mismo, me fue informado que los cambios que se realicen a la misma serán publicados en el sitio web mencionado.

### C. 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 a 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, firmé y dejo huella en el presente documento.

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

  
HUELLA INDICE  
DERECHO

CIUDAD

Día Mes Año Hora  
27 06 2024 a.m. 05:00

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:

- 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 periodo gravable disponible en los casos que explique.
- ☐ 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 ☐

NACIONALIDAD

No.

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