

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*					
OTERO		BALLESTEROS		WILSON FERNEY					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN			
C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ NO. 1061537452				Día Mes Año 14 04 2011		PIENDAMO			
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*			
PIENDAMO		Día Mes Año 12 04 1993		F ☐ M ☒		POLICIA			
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	
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 ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA						CIU	
Independiente ☐ Dependiente ☒ Socio ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐		Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Agroindustria ☐ Construcción ☐ Serv. Financieros ☐ Otra ☒ SEGURIDAD CIUDADANA						7524	
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		TIPO DE EMPRESA					
PATRULLERO		POLICIA NACIONAL		Oficial ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra ☐					
DATOS FINANCIEROS									
PESOS \$									
Ingresos Mensuales \$ 3'000.000		Total Activos \$ 0		Patrimonio \$ 0					
Egresos Mensuales \$ 3'000.000		Total Pasivos \$ 0		Otros Ingresos Mensuales \$ 0					
Detalle Otros Ingresos Mensuales N/A									
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? ☐ SI ☒ NO		TIPO DE TRANSACCIÓN				Tiene usted productos financieros en moneda extranjera? ☐ SI ☒ NO			
		Importaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Exportaciones ☐ Transferencias ☐ Pago de Servicios ☐ Otra ☐							
ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD			
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A			
DIRECCIONES									
TIPO	DIRECCIÓN	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA				
1	Carrera 15 # 2 N - 4	COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN	SI ☐ NO ☒				
						SI ☐ NO ☐			
Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3									
TELÉFONOS									
TIPO	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO					
5	3132342010			wilson.otero@correo.policia.gov.co					
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	COMPANÍA	TIPO DE SEGURO	VALOR	I: INDEMNIZACIÓN / R: RECLAMACIÓN					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					

5. AUTORIZACIONES
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Operando 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.) :

Los recursos que poseo provienen de mi actividad como patrullero de policía

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/AtenciónAlCliente/ProteccióndeDatos, 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, firmo y dejo huella en el presente documento.


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


HUELLA ÍNDEX
DERECHO

CIUDAD
POPAYÁN
Día Mes Año Hora
01 08 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. 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:

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 381 SMMLV por cliente.

3. 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. 0 C.E. 0 Otro 0

No.

NACIONALIDAD

ETIQUETA
MENSAJERÍA



700133741738

06/08/2024 12:53

RUTA PPY CLO
CAS. 25 69
PTA. 1-D 12-1

A25
X1



Guia: 700133741738

DE: FABIAN ANDRES MARTINEZ PAZ / POPAYAN\CAUC\COL

PESO: 1 KG COD. VTA: 4742 BOLSA #: COD. POSTAL: 1900

PARA:

COD. POSTAL: 760046328

LAURA MARIA PEREZ
AV 6 A BIS # 35 NORTE - 100 OF 212 CENTRO
EMPRESARIAL CHIPICHAPE
CALI\VALL\COL

OBS:

VALOR A
COBRAR:

CONTADO

\$ 0

CALI\VALL\COL



INTER

Fabian Andres Martinez Paz.
C.C 1.064.726.573
Celular : 3168242562
Calle 10 # 13-17.
América - Popayán

Laura Maria Perez
Celular: 3104073
Av 6a Bis #35n
Otara 212
Centro Empresarial Ch...