



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) GENERALES <input type="radio"/> AUTOMÓVILES <input type="radio"/> VIDA <input type="radio"/>	CIUDAD	SUCURSAL	FECHA FORMULARIO 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		SEGUNDO APELLIDO*		NOMBRES*									
FRANCO		LONDOÑO		MARÍA CATALINA									
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FECHA EXPEDICIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN								
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> NO. 43875541			Día Mes Año 4 11 1999		ENVIGADO								
LUGAR DE NACIMIENTO*		FECHA DE NACIMIENTO*		SEXO*		PROFESIÓN Y/O OCUPACIÓN*							
ITAGÚI, ANTIOQUIA		Día Mes Año 2 11 1981		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		ABOGADA							
NIVEL EDUCATIVO*		TIPO DE VIVIENDA*		ESTADO CIVIL*		ESTRATO*		NO. HIJO					
Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Propia <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		0					
PERSONAJE PÚBLICO* (Ver definición PEP 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 (En caso afirmativo responda los siguientes)										
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			Nombres y Apellidos _____ No. Identificación _____										
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													
ACTIVIDADES													
TIPO DE ACTIVIDAD		ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA CON QUIEN TRABAJA						CIU					
Independiente <input type="radio"/> Dependiente <input checked="" type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/>		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 type="radio"/>						6910					
CARGO*		NOMBRE DE LA COMPAÑÍA				TIPO DE EMPRESA							
ABOGADA LITIGANTE		GARCÍA Y ASOCIADOS				Oficial <input type="radio"/> Privada <input checked="" type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>							
DATOS FINANCIEROS													
PESOS \$													
Ingresos Mensuales \$ 6.000.000		Total Activos \$ 400.000.000		Patrimonio \$ 362.000.000									
Egresos Mensuales \$ 1.500.000		Total Pasivos \$ 38.000.000		Otros Ingresos Mensuales \$ _____									
Detalle Otros Ingresos Mensuales _____													
RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al rui)													
0-13 Gran Contribuyente <input type="radio"/>		0-15 Autoretenedor <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 checked="" type="radio"/>					
0-49 No responsable de IVA <input type="radio"/>		Otras _____											
OPERACIONES INTERNACIONALES													
Realiza usted transacciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO			TIPO DE TRANSACCIÓN				Tiene usted productos financieros en el extranjero? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
			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		CIU	
DIRECCIONES													
TIPO		DIRECCIÓN		PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORRESPOND			
<input checked="" type="checkbox"/>		CARRERA 43 A # 38 A SUR 10		COLOMBIA		ANTIOQUIA		MEDELLÍN		SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>		CALLE 49 # 50 21		COLOMBIA		ANTIOQUIA		MEDELLÍN		SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
po: 1: Residencial 2: Comercial-1 3: Comercial-2 4: Comercial-3													
TELEFONOS					CORREO ELECTRÓNICO								
TIPO		NÚMERO			TIPO		NÚMERO						
<input checked="" type="checkbox"/>		(604) 613-7656											
<input checked="" type="checkbox"/>		(604) 322-2528											
po: 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 <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/> Ninguno <input 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 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 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"/>													
Indique 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		I. INDEMNIZACIÓN / R. RECU					

Persona Expuesta Públicamente (PEP): i) las personas expuestas públicamente conforme al Decreto 1074 de 2016, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende 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, 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, a 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, 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**

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 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.):

ABOGADA LITIGANTE

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 haya 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 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, 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 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 tienen 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 / AFANZADO / BENEFICIARIO/ APODERADO / PROVEEDOR/ INTERMEDIARIO/ OTRA	 HUELLA/ÍNDICE/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> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> a.m. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>	Día	Mes	Año	Hora				
Día	Mes	Año	Hora							

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				
OMBRES 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. <input type="radio"/> p.m. <input type="radio"/>
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
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 automatizadas.
 - Declaración de renta del último período gravable disponible en los casos que aplique.
 - Poder debidamente firmado con conocimiento de 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 Commutador 346 88 88 Línea de servicio al cliente Bogotá 307 83 20 Nacional 01 8000 129 728

AUTORIZACIÓN PAGO INDEMNIZACIÓN

CIUDAD: _____ FECHA: ____/____/____

DATOS PERSONALES (Reclamante)			
Nombre y Apellidos	Mara Catalina Franco Londono		
Tipo de identificación	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
No. Identificación	43875541	Ciudad Exp.	Envigado
Dirección de domicilio	Cia 43 a # 38 as 10	Ciudad	Envigado
Números contacto	Celular 3122588139	Teléfono	6046137656
Correo electrónico	matalinafranco@hotmail.com		

APODERADO	NOMBRE Y APELLIDOS APODERADO	No. IDENTIFICACIÓN	No. CONTACTO
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			

Si su respuesta fue afirmativa, recuerde adjuntar el respectivo Poder autenticado ante notario, en el cual se detalle explícitamente la autorización de pago.

A continuación, seleccione el medio de pago teniendo en cuenta las observaciones que se presentan:

<input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO DE PAGO	OBSERVACIÓN	CUANTÍA
	Transferencia Bancaria	La cuenta bancaria debe registrar a nombre del Reclamante - Ver listado "Bancos Autorizados"	Ilimitada
	Cheque en Banco	10 Días hábiles para reclamar con PIN	De \$3.000.000 en adelante
	Efectivo en Banco	10 Días hábiles para reclamar con PIN	De \$1 a \$2.999.999

BANCOS AUTORIZADOS							
Banco	Cód	Banco	Cód	Banco	Cód	Banco	Cód
ABN Amro Bank	8	Scotiabank Colpatría o Citibank	19	Banco Falabella	63	Bancolombia	7
Banco Agrario	40	Banco Davivienda	51	Banco Pichincha	60	Bancoomeva	61
Banco AV Villas	52	Banco de Bogotá	1	Banco Popular	2	Corpbanca	6
Banco BBVA	13	Banco de Occidente	23	Banco Procredit	58	HSBC	10
Banco Caja Social	32	Itaú	14	Banco Sudameris	12		

Si su elección fue "Transferencia Bancaria", diligencie los siguientes datos:

Nombre del banco: Bancolombia Código: 7 Número de Cuenta: 01955522970 Cuenta: Ahorros Corriente

Autorizamos a HDI SEGUROS S.A. y/o HDI SEGUROS VIDA S.A., para que, en caso de indemnización a mi favor el pago correspondiente sea generado según el medio seleccionado de acuerdo con los datos suministrados en el presente formulario, con lo cual, queda(n) dicha(s) compañía(s) a paz y salvo por todo concepto por el evento ocurrido el día 26 mes dic ai 2021, atendido bajo el siniestro _____, al cual adjunto el respectivo recibo de indemnización firmado.

Firma del Reclamante: [Firma]

Nombre completo: Mara Catalina Franco

No. Identificación: 43875541

Valide la información diligenciada en el formato antes de radicar en la compañía. Recuerde que no se aceptará el formato con tachones y/o enmendaduras. El formato debe ser diligenciado en su totalidad.

INFORMACIÓN EXCLUSIVA HDI COLOMBIA			
No. SINIESTRO	SUCURSAL PÓLIZA	RIESGO	No. RADICADO
OBSERVACIÓN			

Certificado Bancario

Viernes, 23 de febrero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CATALINA FRANCO LONDOÑO identificado(a) con CC 43875541, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	01955522920	2016/02/17	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**