

INFORMACIÓN BÁSICA												
Primer Apellido	Santacruz		Segundo Apellido	Pinta		Nombre		Mercedes de Socorro				
Tipo de Documento	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Número Documento de Identificación	1086.328.467		Fecha de Expedición	17/11/2004		Nacionalidad 1	Colombiana		
Nacionalidad 2	Dirección Residencia		Calle 25 A # 14 - 50		Ciudad Residencia	Pa. STO		Departamento Residencia	Nariño			
E-mail	NO TIENE								Teléfono Residencia	Celular	314 85 2451	
Actividad Principal	Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual		Desempleada								CIU	
Empresa donde trabaja						Dirección Laboral						
Ciudad Laboral	Departamento Laboral		¿Que tipo de producto y/o servicio comercializa? (Independientes o comerciantes)									

Ingresos Mensuales (Pesos) \$ 0 Egresos Mensuales (Pesos) \$ 0.

Es usted una Persona Expuesta Políticamente - PEP? (ver definición de "PEP" en el pie de página)															
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:					Descripción					
Fecha de Ingreso			Fecha de Desvinculación			¿Existe algún vínculo entre usted y una Persona Expuesta Políticamente - PEP? (Ver definición "Vínculo" en el pie de página)									
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie:												
Vínculo/Relación	Nombre		Tipo ID	Número ID	Entidad	Cargo	Fecha de Ingreso			Fecha de Desvinculación					
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS / POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% y demás documentos de acuerdo a las políticas de suscripción.

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo Mercedes de Socorro Santacruz Pinta identificado con CC. # CE, TI, PASAPORTE N° 1.086.328.467, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. y HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) identificados con Nit. 860.039.988-0 y 860.508.462-1, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.hdiseguros.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@hdiseguros.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicione, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; d) Que cuento con la autorización de tratamiento de datos de las personas que se pretende incluir como asegurados y/o beneficiarios de las pólizas colectivas; y en consecuencia autorizo a LAS COMPAÑÍAS, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Para:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo (en caso que suscriba), sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

- i) Para la ejecución de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS ii) para control, reporte y prevención del Fraude, iii) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos, iv) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora;
- Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS COMPAÑÍAS.
- Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS.

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada de los contratos celebrados con LAS COMPAÑÍAS, sea compartida, intercambiada, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., subsidiarias y filiales de la Matriz o de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iii) HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S. para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente. iv) a los países donde se encuentran alojadas las bases de datos y/o servidores contratados por LAS COMPAÑÍAS en aquellos casos en que por razones de eficiencia y almacenamiento de datos sea requerido.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS, para que con fines de vinculación, estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, de actualización de datos, control, supervisión y de información comercial, procese, reporte, conserve, consulte, obtenga cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal de/a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, cuyos datos veraces y fidedignos he suministrado voluntariamente en el presente formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, pueden ser utilizados por HDI Seguros Colombia S.A. para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactados por HDI Seguros Colombia S.A. y/o sus gestiones de cobranza, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los siguientes canales: Llamada telefónica, Mensaje de Texto, Correo electrónico, Mensajería en físico, Mensajería por aplicaciones o web, Otro

FIRMA

"Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento"

Mercedes Santacruz

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Huella Dactilar



Los campos con dos rayas (--) son de uso exclusivo de la Compañía. Los campos con asterisco (*) no aplican para Personas Jurídicas

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO

PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL

SEGUNDO APELLIDO*

NOMBRES*

DELGADO
TIPO DE PERSONA

GUSTIN

AIDA ZULEMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Natural Jurídica NIT C.E. C.C. T.I. R.C. OTRO

No. **37080233**

2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (UNICAMENTE PARA PERSONAS JURÍDICAS)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO*

NOMBRES*

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.E. C.C. OTRO

No.

3. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales entregados a HDI Seguros S.A a través de sus formatos establecido son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como los necesarios para el desarrollo de la relación existente entre las partes.

2. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.

3. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente autorización.

4. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por aseguradora a HDI Seguros S.A, 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.

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de HDI Seguros o quien lo represente, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que autorizo de manera permanente e irrevocable a la Aseguradora o a quien represente sus intereses, 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 Aseguradora 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.

III. Que adicionalmente autorizo a la Aseguradora para consultar y reportar datos relativos a reclamaciones e indemnizaciones (aplica exclusivamente para solicitud de seguros), al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento del tomador, asegurado, afianzado y/o beneficiario. Que he sido informado que las condiciones de la autorización entregada a la Aseguradora se encuentran publicadas en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI Seguros S.A, que se encuentran en www.hdi.com.co / Atención Al Cliente/ Protección de Datos Personales, donde pueden ser consultadas constantemente.

IV. Que HDI Seguros o quien lo represente me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por HDI Seguros o por quien lo represente, para las siguientes finalidades:

- El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor.
- El proceso de negociación de contratos con HDI Seguros, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
- El control y la prevención del fraude.
- La liquidación y pago de siniestros.
- Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado.
- Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
- La elaboración de estudios técnico - actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
- Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, confirmación de datos y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora.

j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por HDI Seguros y/o Intermediario de seguros y/o proveedor de servicios.

k. Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA).

l. Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

m. La prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por HDI Seguros o por el encargado del tratamiento que ella considere necesario.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a:

- Las personas jurídicas que tienen la calidad de filial, subsidiaria, vinculada o de matriz de HDI Seguros.
- Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados, entre otros.
- Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguros.
- Las personas con las cuales HDI Seguros adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro.
- Fasecolda, Inverías S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formato se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia surge de las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me existen los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me existe el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLE Y ENCARGADO DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es HDI Seguros, cuyos datos de contacto se encuentran explicitos en su página web www.hdi.com.co. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transferan, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán los determinados por HDI Seguros S.A.

V. AUTORIZACIÓN: 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 en este documento.

7. FIRMAS

Como Titular de la información o como representante del Titular previa acreditación de la representación declaro que como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo y dejo huella en el presente documento.

F. J. J. J.



Ciudad **Pasto**
14/03/25 **10:00 am**
 Día Mes Año Hora
 a.m. p.m.

FIRMA DEL CLIENTE / INTERMEDIARIO / PROVEEDOR / TERCERO / EMPLEADO

HUELLA INDICE DERECHO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

F-910-01-01

REV. JUL. 2019