

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

BOGOTÁ, D.C.

F-013-04-05

REV. ABR. 2018

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

RAZÓN SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
		NIT	OTRO _____ NO. _____ DV _____

DATOS LABORALES DEL TOMADOR

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA COMPAÑÍA				ACTIVIDADES		TIPO DE EMPRESA		CIU
Comercial	Transporte	Construcción	Otra _____	Oficial	Mixta			
Industrial	Agroindustria	Serv. Financieros		Privada	Otra _____			

CONTACTO (Funcionario responsable de contratar el seguro) _____

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NACIONALIDAD
		C.C. C.E. Otro _____	No. _____	

Es persona jurídica que cotiza en bolsa? SI NO
 (Si su respuesta es negativa diligenciar Sección 1 del anexo del presente formato)

Alguno de los administradores de la persona jurídica se considera PEP? (Ver definición Administradores)
 SI NO (Si su respuesta es positiva diligenciar Sección 3 del anexo del presente formato)

DATOS FINANCIEROS PESOS \$

Ingresos Mensuales \$	<input type="text"/>	Total Activos \$	<input type="text"/>	Patrimonio \$	<input type="text"/>
Egresos Mensuales \$	<input type="text"/>	Total Pasivos \$	<input type="text"/>	Otros Ingresos Mensuales \$	<input type="text"/>
Detalle Otros Ingresos Mensuales	<input type="text"/>				
Ingresos Operacionales Anuales \$	<input type="text"/>				

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	RÉGIMEN	Común	Simplificado	EXENTO RETEFUENTE	SI	NO
--------------------	----	----	---------	-------	--------------	-------------------	----	----

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	Pago de Servicios	Otra _____		
	Exportaciones	Transferencias					

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	NÚMERO	TIPO	NÚMERO	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	COMPañÍA	TIPO DE SEGURO	VALOR	I: INDEMNIZACIÓN / 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 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 dejo huella en el presente documento.

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

HUELLA ÍNDICE DERECHO

CIUDAD			
Día	Mes	Año	Hora
			a.m. p.m.

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 del Representante Legal.
- Original del Certificado de Existencia y representación legal con vigencia no superior a tres meses, expedido por la Cámara de Comercio o por la entidad competente.

Documentos Adicionales:

- Para los Seguros de DAÑOS O PATRIMONIALES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 8.450 SMMLV.
- Para los Seguros de AUTOMÓVILES cuyo valor asegurado sea igual o superior a 190 SMMLV por vehículo y 1.258 SMMLV por cliente.
- Para los Seguros de VIDA cuyo valor asegurado sea igual o superior a 1.057 SMMLV
 - Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)
 - Declaración de renta del último periodo gravable disponible (si declara) o Estados Financieros.
 - Inventario general de los bienes objeto del seguro, salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

NOTA: La Compañía podrá solicitar los documentos anteriormente mencionados cuando lo considere necesario.

ANEXO FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Declaro que este formulario ha sido diligenciado por mí, en mi condición de Tomador/Asegurado o por un Tercero con mi autorización y conocimiento.

SECCIÓN 1 - CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación). Por disposiciones legales y acogiendo la recomendación 24 del GAFI –Transferencia y Beneficiario Final de las Personas Jurídicas, la compañía de seguros tiene la obligación de conocer las personas naturales que intervienen en las decisiones de la entidad que se está vinculando. En consecuencia, se relaciona la definición de Beneficiario Final del GAFI: se refiere a la(s) persona(s) natural(e)s que finalmente posee o controla a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica.

Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nombre / Razón Social	% Participación	¿Es persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Si es PEP indique Cargo o Actividad

Si el (los) accionista(s) es (son) persona (s) jurídica (s) que no cotiza (n) en bolsa, sírvase diligenciar la Sección 2 para la identificación de personas jurídicas no cotizantes en bolsa.

SECCIÓN 2 - CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS NO COTIZANTES EN BOLSA

Accionistas no cotizantes en bolsa con participación mayor o igual al 5% en la sociedad que se vincula.

Accionista*	Tipo de Identificación	No. de Identificación	Nombre / Razón Social	% Participación

*Relacionar el indicado en la sección 1 del presente anexo.

SECCIÓN 3 - CONOCIMIENTO ADMINISTRADORES - PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

Conocimiento de administradores que se consideren personas expuestas públicamente:

Nombre	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Cargo o Actividad