

FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTE - ORDINARIO - PERSONA NATURAL

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados, en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Se recomienda diligenciar el formulario en **ACROBAT** antes de imprimirlo.



1. VÍNCULO / ROL

¿Cuál?

2. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos

Tipo ID

No. de Documento

Fecha de Expedición

Lugar de Expedición

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Sexo

3. DATOS LABORALES

Actividad Económica

Profesión / Ocupación

Cargo

Código CIU

4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (Ver definición de PEP / Vinculados Familiares en el pie de página)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO ¿Es usted una persona expuesta políticamente PEP? SI NO ¿Es usted PEP de Organizaciones Internacionales o Extranjero PEP? SI NO ¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? SI NO Responda lo siguiente en caso de sí.

Nombres y apellidos

Tipo ID

No. de Identificación

Parentesco

Cargo o Actividad

5. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)

Ingresos Mensuales \$

Total Activos/Poseiones \$

Patrimonio \$

Egresos Mensuales \$

Total Pasivos/Deudas \$

Otros Ingresos Mensuales \$

Detalles de otros Ingresos

6. CÓDIGO DE RESPONSABILIDADES FISCALES (de acuerdo al RUT)

013 Gran contribuyente

033 Impuesto al consumo

048 Impuesto sobre las ventas IVA

Otra

015 Auto retenedor

047 Régimen simple de tributación

049 No responsable de IVA

¿Cuál?

7. DATOS DE CONTACTO

Direcciones (Tipo Direcciones: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3)

Tipo

Dirección

País

Departamento

Municipio

Correspondencia

SI NO

SI NO

Teléfonos (Tipo Teléfonos: 1. Residencial 2. Comercial1 3. Comercial2 4. Comercial3 5. Celular 6. Fax)

Tipo

Número 1

Tipo

Número 2

Tipo

Número 3

Correo Electrónico

8. INFORMACIÓN DE LOS ASEGURADOS Y/O BENEFICIARIOS DISTINTOS AL TOMADOR (Solo en caso de adquirir un producto de la compañía)

De acuerdo a la clase de vinculación, si el Tomador es diferente al Asegurado, sírvase diligenciar la siguiente información

Asegurado / Beneficiario	Nombres y Apellidos / Razón Social	Tipo ID	No. de Documento	Fecha de Expedición ID	¿Es PEP?	¿Es Oneroso?
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

9. 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 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.

10. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a HDI con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 7 No. 72 – 13 piso 8 y correo electrónico presidencia@hdi.com.co., y/o a cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la sociedad antes mencionada o Compañía con la cual HDI 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 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 en la ley. 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 Aseguradora, los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Tratamiento de Datos de HDI Seguros que se encuentra publicada en <https://www.hdi.com.co/media/documents/politica-tratamiento-datos-2020.pdf>, 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.

11. FIRMAS

El solicitante declara que los datos suministrados en el presente formato son completamente verídicos, que no ha ocultado ninguna información que afecte el concepto de gravedad del riesgo o qué pueda influenciar la decisión de la compañía respecto a este formato, que conviene en aceptar una póliza y/o contrato sujeto a los términos y condiciones normales de la compañía y en pagar el monto correspondiente si hay lugar a ello. Declara además que los activos que posee y en particular los que son objeto de esta solicitud, 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 o en el contrato establecido entre las partes.

Firma del Tomador / Asegurado / Afianzado / Beneficiario / Apoderado / Proveedor / Intermediario / Otra	Huella Índice Derecho	Ciudad / Sucursal Fecha Hora AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos obligatorios para el seguro solicitado

- Fotocopia del documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, etc).

Notas:

- La Compañía podrá solicitar otros documentos de acuerdo con las políticas en el marco del conocimiento del cliente intensificado, según el producto o la clase de vínculo.
- Tenga presente que la compañía podría realizarle una llamada, para confirmar la información suministrada en el presente documento.

Apoderado: En caso del que el cliente se presente a través de Apoderado debe anexar poder debidamente firmado con conocimiento en notaría.

13. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y/O ENTREVISTA (en caso de aplicar)

Fecha de Verificación	Hora	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Nombres completos de quien verifica / Entrevista	Cargo
			Intermediario / Área	No. de Identificación
Observaciones				
				FIRMA

Nota aclaratoria: en mi calidad de intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista o confirmación, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

Persona Expuesta Políticamente (PEP): i) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona políticamente expuesta 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.

Vinculados / Familiares: las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas políticamente expuestas, los familiares hasta I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). O sean asociados cercanos de una persona expuesta políticamente.



¿Aún estas
esperando que
te lleguen las
notificaciones
al buzón?

En cualquier momento puedes
actualizar tus **DATOS PERSONALES**
de manera práctica y segura
ingresando a www.hdi.com.co
o haciendo clic [aquí](#)