

FORMATO CONOCIMIENTO DE CLIENTE - ORDINARIO - PERSONA JURÍDICA

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. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA

Razón Social

Tipo ID

No. Documento

DV

Actividad económica de la compañía

Tipo de Empresa

Código CIU

¿Cuál?

¿Cuál?

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos

Tipo ID

No. de Documento

Fecha de Expedición

Nacionalidad

Es persona jurídica que cotiza en bolsa? SI NO

(Si la respuesta es **negativa** diligenciar punto 9. **Sección 1** Conocimiento de Accionistas)

Alguno de los administradores (representantes legales, miembros de la Junta Directiva) o socio con una participación superior al 5% de la Persona Jurídica es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? SI NO

(Si la respuesta es **positiva** diligenciar punto 9. **Sección 3** Conocimiento de Administradores...) (Ver definición de PEP en pie de la página 2)

4. DATOS FINANCIEROS - (EN PESOS)

Ingresos Mensuales \$

Total Activos/Posesiones \$

Patrimonio \$

Egresos Mensuales \$

Total Pasivos/Deudas \$

Otros Ingresos Mensuales \$

Detalles de otros Ingresos

5. 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?

6. DATOS DE CONTACTO

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

Tipo	Dirección	País	Departamento	Municipio	Correspondencia
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

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

7. 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?
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
					SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

8. 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.

9. SECCIÓN CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS, ADMINISTRADORES Y JUNTA DIRECTIVA (Ver definición de PEP / Vinculados Familiares / Administradores en el pie de la página 2)

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 ID	No. de identificación	Nombre/Razón social	% Participación	¿Es persona Jurídica que cotiza en Bolsa?	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Es usted una persona expuesta políticamente PEP?	¿Es usted PEP de organizaciones internacionales o Extranjero PEP?	¿Es persona expuesta políticamente, o vinculado con una de ellas? (Aplica solo para personas Naturales)
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

En caso de requerirse más espacio debe anexarse la relación.

Nota: 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 ID	No. de identificación	Nombre/Razón Social	% Participación

*Relacionar el indicado en la sección 1 del presente anexo - En caso de requerirse más espacio debe anexarse la relación.

Sección 3 - Conocimiento Administradores, Junta Directiva y Personas Expuestas Políticamente

Relacione Administradores, Junta Directiva u órgano que haga sus veces y administradores que se consideren personas expuestas políticamente:

Tipo ID	No. de Identificación	Nombres y Apellidos / Razón Social	¿Es persona expuesta políticamente PEP?	Cargo / Actividad
			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
			SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

En caso de requerirse más espacio debe anexarse la relación.

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 que 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.

<div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Firma del Tomador / Asegurado / Afianzado / Beneficiario / Apoderado / Proveedor / Intermediario / Otra</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>	<p>Ciudad / Sucursal</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Fecha Hora AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/></p>
---	---	---

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Adjunte los documentos obligatorios para el seguro solicitado

- 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.

Notas: 1. 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.
2. 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. NOTA SARLAFT

De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación.

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

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

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.

FIRMA

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.

Administradores: (Ley 222 de 1995): 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.

Líneas de Atención:

Bogotá: 601 307 83 20
Nacional: 018000 129 728

Desde un móvil: #204
WhatsApp: 316 834 93 39

www.hdi.com.co



Formato 11010FT03 - Revisión sep.2021