

INFORMACIÓN Y PAZ Y SALVO DE BENEFICIARIOS INDEMNIZACIONES LÍNEAS ESPECIALES

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

F-005 - 01-01

REV. NOV. 2018

CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO			SUCURSAL	No. PÓLIZA ()
	Día	Mes	Año		

1. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

(Si el Beneficiario es un tercero, por favor utilice el Formato para Actualización de Datos)

DATOS GENERALES										
PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL			SEGUNDO APELLIDO*			NOMBRES*			¿ES ACREEDOR DEL ASEGURADO?	
									SI NO	
TIPO DE PERSONA		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					FECHA EXPEDICIÓN			
Natural Jurídica		NIT.	C.E.	C.C.	T.I.	R.C.	OTRO	No.		Día Mes Año
LUGAR EXPEDICIÓN					LUGAR DE NACIMIENTO *					FECHA DE NACIMIENTO
										Día Mes Año

DATOS FINANCIEROS PESOS \$									
Ingresos Mensuales \$		Total Activos \$		Otros Ingresos Mensuales \$					
Egresos Mensuales \$		Total Pasivos \$		Patrimonio \$					
Detalle Otros Ingresos Mensuales									

GRAN CONTRIBUYENTE		RÉGIMEN		EXENTO RETEFUENTE					
SI NO		Común Simplificado		SI NO					

OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza usted transacciones en moneda extranjera? Si No Cual: _____

TIPO	DIRECCIÓN	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA
					SI NO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3

TELEFONOS

TIPO	NUMERO	TIPO	NUMERO

Tipo: 1: Residencial 2: Comercial -1 3: Comercial -2 4: Comercial -3 5: Celular 6: Fax 7: Correo electrónico

2. INFORMACION ADICIONAL

Indique los vínculos existentes entre el Tomador - Asegurado (1), Tomador - Beneficiario (2) y Asegurado - Beneficiario (3)?

1 2 3	1 2 3	1 2 3
Familiar	Comercial	Otro
Laboral	Ninguna	

3. RECLAMACIONES

Indique si en los últimos dos (2) años ha reclamado a 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? (T: Tomador / A: Asegurado / I: Indemnización / R: Reclamación).

Año	Compañía	Tipo de seguro	Valor	T / A	I / R

4. DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

Indique si el Beneficiario posee cuenta bancaria: Si No En caso afirmativo, por favor diligenciar los siguientes campos)

Tipo de Cuenta	Código Entidad Financiera (según relación)	Cód.	Entidad Financiera	Cód.	Entidad Financiera
Corriente Ahorros		01	BANCO DE BOGOTÁ	02	BANCO POPULAR
		07	BANCOLOMBIA	12	BANCO SUDAMERIS COLOMBIA
		14	HELM BANK	19	REDMULTIBANCA COLPATRIA
		32	BANCO CAJA SOCIAL	51	BANCO DAVIVIENDA S.A
		52	BANCO AV VILLAS	40	BANCO AGRARIO
				23	BANCO DE OCCIDENTE
				61	COOMEVA

5. 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.

6. 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", 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 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 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(s) Aseguradora(s), los cuales se encuentran publicados en la Política y Procedimiento de Protección de Datos de HDI 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.

7. PAZ Y SALVO

Mediante el presente documento autorizo a HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañía de Generales para que en caso de encontrar pertinente el pago de la reclamación de la póliza señalada en el presente documento, proceda con el pago a mi favor del monto correspondiente a la indemnización a que haya lugar.

Así mismo, manifiesto que en caso de presentarse nuevos beneficiarios que acrediten igual o mejor derecho respecto de la reclamación, saldré al saneamiento y asumiré la responsabilidad de todas las oposiciones o reclamos efectuados por ellos, exonerando de toda responsabilidad a HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañía de Generales.

Finalmente declaro a HDI Seguros de Vida S.A. y/o HDI Seguros S.A. para la compañía de Generales a Paz y Salvo por todo concepto, una vez realice el pago a mi favor de la indemnización, cuya liquidación conocí y acepté.

8. 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

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmo y dejo huella en el presente documento.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	HUELLA INDICE DERECHO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Ciudad</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">Día</td> <td style="width: 15%;">Mes</td> <td style="width: 15%;">Año</td> <td style="width: 55%;">Hora</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">a.m. p.m.</td> </tr> </table>	Ciudad				Día	Mes	Año	Hora				a.m. p.m.
Ciudad														
Día	Mes	Año	Hora											
			a.m. p.m.											