

Ramo	Póliza	Fecha de Expedición			Inicio Vigencia			Fin Vigencia		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

**Vigencia:** El presente seguro inicia vigencia a partir de las 00:00 del día a la fecha de expedición del presente certificado, sujeta al previo pago de la póliza, y estará vigente hacia las 24:00 horas del último período pactado de finalización de vigencia.

Ciudad	Código Sucursal / ADN	Clave Intermediario	Razón social Intermediario
--------	-----------------------	---------------------	----------------------------

### DATOS DEL TOMADOR

Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		Número Documento de Identidad	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento Año Mes Día	
Apellidos o Razón Social		Nombre(s)	Dirección Domicilio		
Departamento	Ciudad	Barrio	Teléfono / Celular	Extensión	E-mail

### Si es Persona Jurídica diligencie la siguiente información

Nombre del Representante Legal	Cédula Número	Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Actividad Económica Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
Descripción detallada de la actividad económica		Cuál?	Cuál?

### DATOS DEL ASEGURADO

Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		Número Documento de Identidad	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento Año Mes Día	
Apellidos o Razón Social		Nombre(s)			
Dirección Domicilio		Departamento	Ciudad	Barrio	Teléfono / Celular
Correo Electrónico	Profesión <input type="checkbox"/> Arquitectura <input type="checkbox"/> Ciencias de la Salud <input type="checkbox"/> Ingeniería <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Ocupación <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Educador <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____			

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos, Nombres y/o Razón Social		Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número Documento Identidad
Dirección Domicilio		Departamento	Ciudad
E-mail		Indique los vínculos existentes entre el Tomador, Asegurado y Beneficiario <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____	

Dirección del Inmueble Hipotecado	Ciudad
-----------------------------------	--------

### COBERTURAS

### AMPARO DE INCENDIO, TERREMOTO Y PELIGROS ALIADOS

LA COMPAÑÍA, ampara las pérdidas y daños físicos ocurridos en el inmueble relacionado en la presente póliza, siempre que éstos se originen de forma súbita, accidental e imprevista y exclusivamente como consecuencia directa de:

- Incendio y/o impacto directo de rayo.
- Explosión.
- Huracán, ciclón, tifón, vientos fuertes, granizo, aeronaves, vehículos y humo.
- Aneación y daños por agua.
- Huelga, asonada, motín, conmoción civil o popular.
- Actos mal intencionados de terceros.
- Actos de autoridad
- Gastos de extinción del siniestro.
- Remoción de escombros.
- Honorarios profesionales de arquitectos, interventores, ingenieros y consultores
- Gastos para la preservación del inmueble
- Terremoto, maremoto, marejada, tsunami, temblor o erupción volcánica.

Aplican las condiciones generales de la Póliza de Seguro de Incendio, Terremoto y Peligros Aliados para Deudores de Crédito Hipotecario HDI 02/01/2025-1333-P-07-INC/DCH000000000-0R00

<b>DEDUCIBLES</b>	PARA TERREMOTO: _____
	PARA INCENDIO Y PELIGROS ALIADOS: _____
	PARA HMACC-AMIT: _____

EL VALOR ASEGURADO Y LA PRIMA ESTÁN DETALLADOS EN LOS EXTRACTOS DE COBRO QUE ENTREGA LA ENTIDAD FINANCIERA O BANCARIA MENSUALMENTE. EL VALOR MENSUAL DE LAS PRIMAS SE ENCUENTRA INCLUIDO EN LA CUOTA QUE COBRA LA ENTIDAD FINANCIERA O BANCO MENSUALMENTE. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO)

### AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., y a HDI COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a HDI Seguros Colombia S.A., y HDI Compañía de Inversiones y Servicios S.A.S., en adelante Las Compañías, para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de Las Compañías, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros). De igual forma AUTORIZO a Las Compañías y a las entidades que éstas deleguen a que me contacten para los propósitos anteriormente señalados a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales lo indicaré por escrito a Las Compañías.

### AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Mediante este documento, autorizo expresamente a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que LA COMPAÑÍA, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a 30 días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

### CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA

“Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Incendio, Terremoto y Peligros Aliados para Deudores de Crédito Hipotecario HDI 02/01/2025-1333-P-07-INC/DCH000000000-0R00 que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

Fecha de Diligenciamiento		
Día	Mes	Año

Nombre \_\_\_\_\_

Razón Social \_\_\_\_\_

Huella Dactilar

  
Firma Autorizada  
HDI Seguros Colombia S.A.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

\_\_\_\_\_  
Tomador Beneficiario

Índice Derecho