

Ramo	Póliza	Fecha de Solicitud			Fecha del Desembolso			Inicio Vigencia			Fin Vigencia		
		Día	Mes	Año	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	Clave Intermediario
--------	-----------------	---------------------

DATOS DEL TOMADOR

Nombre del Representante Legal	NIT	Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál?
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"/> Cuál?		
Descripción detallada de la actividad económica		

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"/> <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Area Administrativa <input type="checkbox"/> Derecho		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
Teléfono / Celular	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 RIESGOS 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 riesgos aliados.
- Explosión.
- Huracán, ciclón, tifón, vientos fuertes, granizo, aeronaves, vehículos y humo.

- Anegación y daños por agua.
- Huelga, asonada, motín, conmoción civil o popular.
- Actos mal intencionados de terceros.
- Actos de autoridad
- Terremoto, maremoto, marejada, tsunami, temblor o erupción volcánica.
- Rotura de vidrios

DEDUCIBLES	PARA TERREMOTO: _____	PARA HMAAC-AMIT: _____
	PARA AMPARO DE INCENDIO Y/O RIESGOS ALIADOS: _____	ROTURA DE VIDRIOS: _____

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)

CLAUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.

Yo _____, identificado con CC, CE, TI, PASAPORTE N° _____, en mi calidad de tomador y/o asegurado y/o beneficiario, manifiesto que he sido informado de: a) la existencia de las políticas de tratamiento de HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (en adelante LA COMPAÑÍA) identificados con Nit. 860.039.988-0 respectivamente, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, las cuales se encuentran disponibles en www.hdiseguros.com.co y que también pueden ser solicitadas en físico en la dirección del domicilio principal o a través del correo electrónico: atencionalcliente@hdiseguros.com.co o del teléfono 1-3077050; b) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y las normas que las reglamenten, modifiquen o adicionen, en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información; c) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, así como las preguntas sobre niños, niñas y adolescentes; y autorizo a LA COMPAÑÍA, como responsable del tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles, en especial los relativos a la salud y a los datos biométricos: SI NO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Para que cualquier información incluida en este documento o derivada del contrato de seguros o del contrato de mutuo en caso que suscriba con LA COMPAÑÍA, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, para las siguientes finalidades durante la relación contractual:

1. i) Para mi vinculación como Tomador/ Asegurado y/o Beneficiario; para el control, reporte y prevención del Fraude; ii) para el análisis, liquidación y pago de siniestros; iii) para la gestión integral de los contratos de seguro celebrados; iv) para la gestión de ambientes de Tecnología y para garantizar la seguridad de estos; v) para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora: vi) para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas LA COMPAÑÍA y su casa matriz, vii) para compartir la información con las personas que actúen en nombre de LA COMPAÑÍA tales como asesores y consultores; a mí(s) intermediario(s) de seguros; a los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA COMPAÑÍA, tales como: ajustadores de seguros, Call centers, investigadores, compañías de asistencia y abogados externos; 2. Para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA COMPAÑÍA. 3. Para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados; y para ofrecerme otros productos y servicios de LA COMPAÑÍA. SI NO

AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA Y/O TRANSMISION DE DATOS

Para que cualquier información incluida en éste documento o derivada del contrato de seguros que suscriba con LA COMPAÑÍA, sea compartida, intercambiada, transmitida, transferida, circulada, divulgada, consultada, ofrecida a: i) la Matriz de LA COMPAÑÍA, subsidiarias y filiales de la Matriz o de LA COMPAÑÍA, a las personas jurídicas vinculadas al Grupo de empresas de la Matriz, ii) los Coaseguradores y Reaseguradores en Colombia o en el exterior, iii) a FASECOLDA, INVERFAS S.A., personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, para la elaboración de los estudios técnico actuariales, estadísticas, análisis de tendencias de mercado y estudios de técnica aseguradora, iv) para las finalidades relacionadas con la financiación de primas y servicios proporcionados por esta y a cualquier autoridad competente. SI NO

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN FINANCIERA, COMERCIAL Y CREDITICIA

Autorizo a HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., para que con fines estadísticos, de tarificación, de análisis de riesgo, control, supervisión y de información comercial procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio, de servicios y personal a las centrales de información crediticia legalmente establecidas en Colombia. SI NO

AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

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 sin perjuicio del derecho de las partes a revocar el seguro de conformidad con los términos legales.”

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 Incendio y Riesgos Aliados para Deudores de Crédito Hipotecario 02/01/2025-1333-P-07-IN00000000000003-DR01 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


Firma Autorizada
HDI Seguros Colombia S.A.

Nombre _____

Razón Social _____

Firma Asegurado _____

Tomador Beneficiario _____