

SOLICITUD PARA PÓLIZA PREVIHOGAR



SUSCRIPCIÓN DE NEGOCIOS

PÓLIZA NUEVA MODIFICACIÓN RENOVACIÓN

SUCURSAL _____ ALIADO ESTRATÉGICO _____ CÓDIGO _____ FECHA _____

DATOS GENERALES

TOMADOR Y/O SOLICITANTE _____ C.C. NIT.

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ TELÉFONO _____ E-MAIL _____

ASEGURADO _____ C.C. NIT.

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ TELÉFONO _____ E-MAIL _____

BENEFICIARIO _____ C.C. NIT.

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ TELÉFONO _____ E-MAIL _____

DATOS DEL RIESGO

DIRECCIÓN (Incluir el Número de piso) _____ CIUDAD _____ DEPARTAMENTO _____

TELÉFONO _____ E-MAIL _____ TIPO DE PREDIO
 CASA APARTAMENTO

TIENE OTRO TIPO DE ACTIVIDAD
 INDUSTRIAL COMERCIAL RESIDENCIAL CALIDAD
 PROPIETARIO ARRENDATARIO USO
 HABITUAL TEMPORAL

MATERIAL DE LA CONSTRUCCIÓN _____ TOTAL DE PISOS DE LA EDIFICACIÓN _____ NÚMERO DE SÓTANOS DE LA EDIFICACIÓN _____ AÑO DE CONSTRUCCIÓN DE LA EDIFICACIÓN _____

CÉDULA CATASTRAL _____

VIGENCIA DEL SEGURO (Si es Modificación o Renovación)

DESDE LA 00 HORAS DEL _____ HASTA LAS 00 HORAS DEL _____

SECCIÓN I - DAÑOS MATERIALES - VALORES SOLICITADOS

EDIFICIO, (Casa o Apartamento) _____ SI NO _____ VALORES _____
 ADAPTACIÓN NORMA SISMORESISTENCIA (INCLUIDO EN EL VALOR DEL EDIFICIO?) SI NO _____

VALOR DEL CONTENIDO DISTRIBUIDO ASÍ:

- 1 MUEBLES Y ENSERES _____
- 2 APARATO(S) ELECTRÓNICO(S) (VER RELACIÓN ADJUNTA) _____
- 3 APARATO(S) ELÉCTRICO(S) (VER RELACIÓN ADJUNTA) _____
- 4 MAQUINARIA Y EQUIPO (PLANTA DE PURIFICACIÓN DE PISCINA, TRANSFORMADOR, ETC.) _____
- 5 OBRAS DE ARTE _____
- 6 JOYAS, PIELÉS, RELOJES, CÁMARAS FOTOGRÁFICAS, FILMADORAS, (VER RELACIÓN ADJUNTA) _____
- 7 ÍNDICE VARIABLE _____ % ANUAL _____

TOTAL DE VALORES SOLICITADOS _____

NOTA: SI TIENE VARIOS RIESGOS PARA ASEGURAR, RELACIONE APARTE CON EL CORRESPONDIENTE VALOR DE EDIFICIOS Y/O CONTENIDOS

PROTECCIONES DEL RIESGO

ALARMA DE SENSORES MONITOREADA ALARMA DE SENSORES NO MONITOREADA ALARMA DE CONTACTO
CONJUNTO CERRADO - VIGILANCIA ESPECIALIZADA SIN VIGILANCIA ESPECIALIZADA

PROTECCIONES ADICIONALES DEL RIESGO:

AMPAROS ADICIONALES

HURTO CALIFICADO EQUIPO ELECTRÓNICO ROTURA DE MAQUINARIA

SECCIÓN II - RESPONSABILIDAD CIVIL FAMILIAR

OPCIONES 100 SMMLV 200 SMMLV

SECCIÓN III - EXPERIENCIA SINIESTRAL

RELACIONE LOS DAÑOS MATERIALES PROPIOS, ASÍ COMO LAS PÉRDIDAS O PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS, OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL DILIGENCIAMIENTO DE ESTA SOLICITUD?

PROPIOS

| FECHA | CUANTÍA | CAUSA |
|-------|---------|-------|
| | | |

A TERCEROS

| FECHA | CUANTÍA | CAUSA |
|-------|---------|-------|
| | | |

HA SIDO OBJETO DE AMENAZAS, EXTORSIÓN, ATENTADOS, BOLETEOS, VACUNAS O ALGÚN OTRO EVENTO SIMILAR, POR PARTE DE GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY?

SI NO DESCRIBA: _____

EXISTE ALGÚN HECHO O CIRCUNSTANCIA ADICIONAL QUE MODIFIQUE O AGRAVE LAS CONDICIONES DEL RIESGO DECLARADO?

SI NO CUAL? _____

OBSERVACIONES

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES COMPLETA Y VERÍDICA Y QUE NO HE SUPRIMIDO INFORMACIÓN ALGUNA QUE AFECTE EL CONCEPTO DE GRAVEDAD DEL RIESGO QUE PUEDA INFLUIR EN LA DECISIÓN DE LA COMPAÑÍA.

DECLARO EXPRESAMENTE:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA),) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables, xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial."

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraude, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado para responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O O LOS INTERMEDIARIOS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán: a) FASECOLDA cuya dirección es carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. b) INVERFAS S.A. cuya dirección es carrera 7 No. 26-20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel: 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C. c) INIF – Instituto Nacional de Investigación y Prevención del fraude al seguro, cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel: 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. AUTORIZACIÓN: 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 en este documento.

DILIGENCIAR POR EL TOMADOR CUANDO EL ASEGURADO, AFIANZADO Y/O BENEFICIARIO SEA UNA PERSONA DIFERENTE AL TOMADOR

En mi calidad de tomador, a continuación señalo las razones que me impiden suministrar la información del asegurado, afianzado y/o beneficiario son:

En igual sentido señalo que tengo conocimiento de que la información exigida para asegurado, afianzado y/o beneficiario debe ser entregada al momento de la presentación de la Reclamación y que de no hacerlo la operación será calificada como inusual.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL ALIADO ESTRATÉGICO