

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DEL SEGURO DE ARRENDAMIENTO

1. Se debe diligenciar en su totalidad el formulario, de manera clara, sin tachones ni enmendaduras. Tenga en cuenta que deben estar incluidos: la dirección del inmueble, el valor del canon de arrendamiento y la cuota de administración, así como el nombre completo y el número telefónico del propietario del inmueble.

2. Tenga presente las siguientes condiciones:

- Si el valor del canon de arrendamiento es inferior o igual a un \$1.500.000, no se requiere codeudor.
- Si el valor del canon de arrendamiento está entre \$1.500.001 y hasta \$4.000.000, se debe presentar un (1) codeudor con solvencia financiera, que acredite ingresos superiores a dos (2) veces el valor del canon.
- Si el valor del canon de arrendamiento es superior a \$4.000.000, se deben presentar dos (2) codeudores con solvencia financiera, que acredite ingresos superiores a dos (2) veces el valor del canon; o un (1) codeudor que acredite finca raíz libre de todo gravamen.

3. La edad máxima permitida para cada uno de los solicitantes es de 72 años.

NOTAS:

Los formularios de solicitud deben ser diligenciados y firmados personal e individualmente, tanto por parte del arrendatario como por cada codeudor (en caso que aplique).

Nuestra Compañía no realiza cobros adicionales por concepto de estudio de la solicitud, ni por la elaboración del contrato.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO (Aplica para Arrendatario y Codeudores)

DOCUMENTOS	NATURALES			JURÍDICAS
	INDEPENDIENTE	PENSIONADO	EMPLEADO	DOCUMENTOS
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE / CODEUDORES / REPRESENTANTE LEGAL	X	X	X	X
FOTOCOPIA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN DE RENTA (SI APLICA)	X	X	X	X
FOTOCOPIA DE LOS EXTRACTOS BANCARIOS DE LOS TRES (3) ÚLTIMOS MESES	X	X	X	X
CERTIFICADO DE CONSTITUCIÓN Y GERENCIA NO MAYOR A 30 DÍAS SI LO REQUIERE SU ACTIVIDAD Y RUT.	X			X
ESTADOS FINANCIEROS CERTIFICADOS POR CONTADOR PÚBLICO DE LOS DOS ÚLTIMOS PERIODOS CONTABLES, CON SUS ANEXOS (SI APLICA)	X			X
ACREDITAR INGRESOS DIFERENTES A SU PENSIÓN CON DOCUMENTOS PERTINENTES.		X		
CERTIFICADO LABORAL EN ORIGINAL DONDE CONSTE SUELDO, FECHA DE VINCULACIÓN Y CARGO, CON UNA FECHA DE EXPEDICIÓN (NO MAYOR A 30 DÍAS) Y/O DESPRENDIBLES DE PAGO DE LOS TRES (3) ÚLTIMOS MESES			X	
LA SOCIEDAD ARRENDATARIA DEBE TENER MÍNIMO DOS AÑOS DE CONSTITUCIÓN				X

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD – SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO ARRENDATARIO PERSONA JURÍDICA FM-SUSP-8 V.5

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

INFORMACIÓN BÁSICA

CIUDAD Y FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	AGENCIA	CLAVE INTERMEDIARIO
-----------------------------	-----	-----	-----	---------	---------------------

DATOS PROPIETARIO O ARRENDADOR

(Para diligenciar de forma digital, ingresar a la opción de PDF "Firmar", luego "Rellenar y Firmar" y dar clic en el ícono "IAb" y seleccionar el campo a diligenciar)

NOMBRE COMPLETO PROPIETARIO O ARRENDADOR			TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No.		TELÉFONO FIJO PROPIETARIO
CELULAR PROPIETARIO	CORREO ELECTRÓNICO		TIPO DE INMUEBLE CASA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> BODEGA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		CIUDAD UBICACIÓN INMUEBLE
DIRECCIÓN INMUEBLE		DESTINO QUE VA A DAR AL INMUEBLE VIVIENDA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/>		TIPO DE ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	
EL ARRENDAMIENTO DEL INMUEBLE ES TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/>		IVA ARRENDAMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ARRENDAMIENTO MENSUAL (INCLUIDO IVA) \$	
				CUOTA DE ADMINISTRACION \$	

INFORMACIÓN GENERAL SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL			NIT		CORREO ELECTRÓNICO
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> PEP No.		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA MES AÑO
	DIRECCIÓN DOMICILIO		TELÉFONO	CELULAR	CIUDAD / DEPARTAMENTO
TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>		TIPO DE SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>			
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>					CODIGO CIU
DETALLE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA:					
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL		TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN SUCURSAL		TELÉFONO	CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
PERSONA DE CONTACTO			TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	
INGRESOS MENSUALES \$	EGRESOS MENSUALES \$	ACTIVOS \$	PASIVOS \$	PATRIMONIO \$	

DETALLE DE BIENES INMUEBLES DE SU PROPIEDAD

DIRECCIÓN DEL INMUEBLE	CIUDAD	No. MATRICULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL \$	VALOR HIPOTECA \$
DIRECCIÓN DEL INMUEBLE	CIUDAD	No. MATRICULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL \$	VALOR HIPOTECA \$

DETALLE DE VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD

MARCA DE VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIENE PRENDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MARCA DE VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIENE PRENDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EFECTUADAS

AÑO	RAMO	COMPañIA	VALOR	RECLA.	INDEM.

REFERENCIAS

COMERCIALES	NOMBRE	TELÉFONO FIJO	CELULAR
	NOMBRE	TELÉFONO FIJO	CELULAR
TARJETAS DE CRÉDITO	ENTIDAD	CUOTA MENSUAL	CUPO ACTUAL
	ENTIDAD	CUOTA MENSUAL	CUPO ACTUAL
BANCOS O CORPORACIONES	ENTIDAD	No. CUENTA	SUCURSAL
	ENTIDAD	No. CUENTA	SUCURSAL

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO ARRENDATARIO PERSONA JURÍDICA FM-SUSP-8 V.5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN
(EN CASO DE REQUERIRSE MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)**

No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA/ CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES

No.	T.Doc	N°. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	¿ES CONSIDERADO PEP?
1.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿El representante legal es considerado PEP? Si _____ No: _____

Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicioneen II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, 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.

ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL

Convengo con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
3. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

5. Origen de ingresos: De mi actividad económica: Otros ¿Cuáles? _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) 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, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, 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, la selección de riesgos y toda la fase precontractual 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, incluida la gestión y cobro de cartera. 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) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. xiv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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. 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 el INIF, 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, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. 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 párrafo anterior, serán entre otros:

- 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.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, 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.

La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionado en la misma, por lo tanto el recibo de este documento no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
3. El alcance de los servicios de intermediación.
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

Consideración:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el Tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le hayas suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

FIRMA Y HUELLA

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

NOMBRE

FIRMA
Tipo y N° Documento:

HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____

< _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

CARGO

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

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, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

La presente solicitud no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar lo relacionado en la misma, por lo tanto el recibo de este documento no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma.