

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE ARRENDAMIENTO PERSONA JURÍDICA

### REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DEL SEGURO DE ARRENDAMIENTO

- Los formularios de solicitud deben ser diligenciados y firmados personal e individualmente, tanto por el arrendatario como por cada codeudor (en caso que aplique).
- Cada formulario se debe diligenciar en su totalidad, de manera clara, sin tachones ni enmendaduras. También deben estar incluidos de manera expresa: 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.
- Tenga presente las siguientes condiciones, según el valor del canon mensual de arrendamiento:
  - Si es inferior o igual a un \$1.800.000, no se requiere codeudor.
  - Si está entre \$1.800.001 y hasta \$4.500.000, se debe presentar un (1) codeudor con solvencia financiera, que acredite ingresos superiores a dos (2) veces el valor del canon.
  - Si es superior a \$4.500.000, 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.
- Para personas jurídicas, la fecha de constitución debe ser superior a un (1) año.
- Tanto el arrendatario como el codeudor deben acreditar como mínimo ingresos superiores al doble del valor del canon de arrendamiento mensual.
- Recuerde que Aseguradora Solidaria de Colombia 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 SEGURO DE ARRENDAMIENTO

DOCUMENTO	PERSONA NATURAL			PERSONA JURÍDICA
	INDEPEND.	PENSION.	EMPLEADO	
ARRENDATARIO Y CODEUDOR(ES)				
Formulario de solicitud de seguro de arrendamiento	X	X	X	X
Fotocopia del documento de identidad (CC / CE / RUT)	X	X	X	X
Copia de la última declaración de renta (si aplica)	X	X	X	X
Extractos bancarios de los tres (3) últimos meses	X	X	X	X
Certificado de Cámara de Comercio (no mayor a 30 días)	X			X
Estados financieros 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 (no mayor a 30 días) y/o desprendibles de pago de los tres (3) últimos meses			X	
PROPIETARIO O ARRENDADOR				
Fotocopia del documento de identidad (CC / CE / RUT)	X	X	X	X
FUCC	X	X	X	X
Certificado de libertad del inmueble (no mayor a 90 días).	X	X	X	X
Autorización del banco (para inmuebles adquiridos por leasing),.	X	X	X	X
Poder firmado y autenticado (en caso que el Arrendador no pueda firmar el contrato)	X	X	X	

### INFORMACIÓN BÁSICA DEL NEGOCIO

CIUDAD Y FECHA DE SOLICITUD (DÍA / MES / AÑO)		AGENCIA SOLIDARIA		CLAVE INTERMEDIARIO	
<b>DATOS DEL PROPIETARIO O ARRENDADOR</b>					
NOMBRE COMPLETO PROPIETARIO O ARRENDADOR			TIPO DE DOCUMENTO PROPIETARIO C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> No.		
CORREO ELECTRÓNICO PROPIETARIO				TELÉFONO PROPIETARIO	
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"/>		DIRECCIÓN DEL INMUEBLE A ARRENDAR		CIUDAD	
				DESTINACIÓN DEL INMUEBLE VIVIENDA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/>	
CANON MENSUAL (INCLUIDO IVA)		CUOTA DE ADMINISTRACIÓN MENSUAL		ACTIVIDAD A EJECUTAR EN EL INMUEBLE	

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE ARRENDAMIENTO PERSONA JURÍDICA

MARCAR CON UNA X, EN CALIDAD DE QUÉ FIGURA SE ESTÁ PRESENTANDO:

ARRENDATARIO ☐ / CODEUDOR ☐

DATOS DEL SOLICITANTE											
RAZÓN SOCIAL							NIT				
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>			DIRECCIÓN				CIUDAD / DEPARTAMENTO				
CORREO ELECTRÓNICO DE NOTIFICACIÓN							TELÉFONO / CELULAR				
TIPO DE ACTIVIDAD INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				DETALLE DE LA ACTIVIDAD				CÓDIGO CIU			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS		PATRIMONIO			
NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO							TELÉFONO / CELULAR				
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL											
TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No.				LUGAR DE EXPEDICIÓN				FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)			NACIONALIDAD		GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		CORREO ELECTRÓNICO				
DETALLE DE BIENES INMUEBLES DE SU PROPIEDAD											
DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		CIUDAD		MATRÍCULA INMOBILIARIA		VALOR COMERCIAL		VALOR HIPOTECA			
DETALLE DE VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD											
MARCA DE VEHICULO				MODELO		PLACA		¿TIENE PRENDA? (SÍ/NO)			
REFERENCIA COMERCIAL											
NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL							TELÉFONO / CELULAR				
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES											
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿CUÁL?.						¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN EE.UU.? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>					
TIPO DE PRODUCTO		No. PRODUCTO	ENTIDAD		MONTO		CIUDAD		PAÍS		MONEDA
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MÁS ESPACIO, DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)											
T. DOC.	DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		% PARTIC.	¿SE CONSIDERA PEP?
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN O SUS EQUIVALENTES											
T. DOC.	DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			¿SE CONSIDERA PEP?
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
											SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿EL REPRESENTANTE LEGAL ES CONSIDERADO PEP? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
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 ADICIONEN 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 JEFE 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.											

**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 este 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 este 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. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
  5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
6. Origen de ingresos: DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA ☐ OTROS ☐ ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL**

Convenio 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 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. a 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.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: (i) 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](mailto: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) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. xv) 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 los 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, transferían, transmitían, 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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.

**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**

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 la póliza.
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**

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.

**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 COMPLETO

FIRMA

DOCUMENTO

HUELLA

**TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO DEBEN SER DILIGENCIADOS EN SU TOTALIDAD. EN AQUELLOS EN LOS QUE NO SE CUENTE CON LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE, POR FAVOR INDIQUE "N.A." (NO APLICA).**  
**El presente formulario se diligencia únicamente con el fin de realizar el estudio de viabilidad del(los) riesgo(s) que requiera el cliente y no constituye compromiso alguno por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia para su aceptación. La aprobación y/o aceptación del(los) riesgo(s) estará sujeta al cumplimiento de las políticas de suscripción vigentes de la Compañía y a la manifestación expresa de aceptación por parte del solicitante.**