seguros mundial®
tu compañía siempre

(57 1) 285 56 00
Calle 33 # 6B - 24
Bogotá, Colombia
arriendos@segurosmundial.com.co
www.facebook.com/SegurosMundial
twitter.com/SegurosMundial
www.segurosmundial.com.co

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE ARRENDAMIENTO PERSONA JURÍDICA

Versión 2016

SOLICITUD No

Fecha Diligenciamiento | Ciudad | Sucursal | Intermediario

CLASE DE VINCULACIÓN: INQUILINO ◯ CODEUDOR ◯ VALOR DEL CANON | CUOTA DE ADMIN.

Propietario y/o Arrendador | TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO

Telefono propietario | E-mail propietario

DESTINO DEL INMUEBLE ◯ RESIDENCIAL ◯ COMERCIAL DIRECCION DEL INMUEBLE | CIUDAD

TIPO DE INMUEBLE ◯ CASA ◯ APARTAMENTO ◯ LOCAL ◯ LOTE ◯ OFICINA ◯ BODEGA ◯ OTROS ESTRATO

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | NIT | DV

REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO | NÚMERO | FECHA DE EXPEDICIÓN | LUGAR DE EXPEDICIÓN

FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD 1 | NACIONALIDAD 2

OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO | FAX

SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO | FAX

TIPO DE EMPRESA | CUAL | SECTOR DE LA ECONOMÍA | CIIU

ACTIVIDAD ECONÓMICA | CUAL | E-MAIL

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACION):

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	Por su cargo o actividad , maneja recursos públicos?	Por su cargo o actividad , ejerce algún grado de poder público?	Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Esta usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de paises?. Indique cual

INGRESOS MENSUALES (Pesos) | EGRESOS MENSUALES (Pesos) | ACTIVOS (Pesos)

PASIVOS (Pesos) | OTROS INGRESOS MENSUALES | CONCEPTO

2. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
1. La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la compañía provienen de la(s) actividades descritas anteriormente

3. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ☐ SI ☐ NO CUAL | INDIQUE OTRAS OPERACIONES

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? ☐ SI ☐ NO ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? ☐ SI ☐ NO

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

4. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES EN SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RESULTADO

5. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la **COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** , Dirección: Calle 33B No 6B 24 Pisos 1 al 4 en la Ciudad de Bogota D.C., Teléfono 2855600,y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de las sociedad(es) antes mencionada(s).

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 y contractuales 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), 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 y envío de información a las centrales de riesgo crediticio.
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 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.
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 a 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, rectificar, revocar y suspender 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 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.

Recomendaciones:

1. Prohibido presentar fiadores de profesión, teniendo en cuenta el delito de falsedad en documento privado (articulo 221 y 22 del C.P.C).
2. Tomar fotocopias de los documentos anexados a la presente solicitud, no devolvemos ningun documento ni aun en el caso que la misma no sea aprobada.
3. El suministro de información falsa en la presente solicitud, incurre en el delito de falsedad en documento privado de acuerdo con los articulos 289 y 290 del C.P.C.

6. 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

_____

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

INDICE DERECHO

7. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de la Entrevista: _____

Observaciones: _____

_____

Nombre del Intermediario _____

Firma _____

Resultado de la Entrevista: APROBADO ☐ RECHAZADO ☐

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Observaciones: _____

_____