

FECHA DE SOLICITUD					VIGENCIA						
DÍA	MES	AÑO	OFICINA	CÓDIGO	DESDE			HASTA			NÚMERO DE DÍAS
					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	

EL RECIBO DE LA PRESENTE SOLICITUD NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO SI TRANSCURRIDO EL TÉRMINO DE QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. NO EXPIDE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE LA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA.

TOMADOR				C.C.	☐	
				NIT.	☐	
DIRECCIÓN			CIUDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
ASEGURADO				C.C.	☐	
				NIT.	☐	
DIRECCIÓN			CIUDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
BENEFICIARIO				C.C.	☐	
				NIT.	☐	
DIRECCIÓN			CIUDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

INFORMACIÓN DEL PREDIO			
DIRECCIÓN		CIUDAD DE UBICACIÓN	
DEPARTAMENTO			
OCUPACIÓN ☐ Área común viviendas ☐ Áreas comunes consultorios ☐ Áreas comunes centro comercial ☐ Áreas comunes oficinas ☐ Áreas comunes parque industrial			
AÑO DE CONSTRUCCIÓN		NÚMERO DE PISOS	NÚMERO DE SOTANOS
 Se deja claridad que solo se suscriben riesgos cuya antigüedad no sea inferior a 1980			
GRUPO DE CONSTRUCCIÓN:		TIPO DE RIESGO	USO
☐ GRUPO 1 - CONCRETO REFORZADO ☐ GRUPO 2 - ACERO ☐ GRUPO 3 - MAMPOSTERIA ESTRUCTURAL O REFORZADA		☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Industrial	☐ Residencial ☐ Comercial ☐ Industrial
		TIPO ESTRUCTURAL	
		☐ Pórtico ☐ Muros de carga ☐ Mixto	

BIENES ASEGURADOS	VALOR DE LOS BIENES	TIPO DE COPROPIEDAD	INFORMACIÓN ADICIONAL
1. EDIFICIO 1.1. ÁREAS COMUNES \$ _____ 1.2. ÁREAS PRIVADAS \$ _____ TOTAL EDIFICIO \$ _____		☐ EDIFICIO APARTAMENTOS PISCINA SI___ NO___ ☐ CONJUNTO CERRADO CASETA DE VIGILANCIA SI___ NO___ NÚMERO DE TORRES _____ PARQUE INFANTIL SI___ NO___ ZONA BBQ SI___ NO___	
2. CONTENIDOS 2.1. EQUIPOS \$ _____ 2.2. EQUIPOS DE COMPUTO \$ _____ 2.3. HERRAMIENTAS \$ _____ 2.4. MAQUINARIA \$ _____ 2.5. MUEBLES Y ENSERES \$ _____ TOTAL CONTENIDOS \$ _____		PROTECCIONES DEL RIESGO ☐ ALARMA SENSORES MONITOREADA ☐ ALARMA SENSORES NO MONITOREADA ☐ VIGILANTE EMPLEADO DELASEGURADO ☐ VIGILANTE DE FIRMA ESPECIALIZADA PROTECCIONES ADICIONALES DEL RIESGO _____ _____ _____	

AMPAROS SOLICITADOS (MARQUE CON UNA X)			
I. SECCIÓN PRIMERA TODO RIESGO DAÑO MATERIAL - TERREMOTO		☒ SI	
II. SECCIÓN SEGUNDA AMIT - HMACC		☐ SI ☐ NO	
III. SECCIÓN TERCERA DAÑO INTERNO		☐ SI ☐ NO	
IV. SECCIÓN CUARTA HURTO CALIFICADO		☐ SI ☐ NO	
V. SECCIÓN QUINTA INFIDELIDAD DE EMPLEADOS		☐ SI ☐ NO	
LÍMITE DE ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ 50 MILLONES			
VI. SECCIÓN SEXTA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL		SI ☐	Valor asegurado
VII. SECCIÓN SÉPTIMA RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES		☐ SI ☐ NO	
LÍMITE ☐ 200.000.000 ☐ 300.000.000 ☐ 500.000.000			
VIII. SECCIÓN OCTAVA ACCIDENTES PERSONALES MIEMBROS DEL CONCEJO ☐ SI ☐ NO			
LÍMITE ASEGURADO ☐ 20.000.000 ☐ 30.000.000 ☐ 50.000.000			
ASISTENCIA DOMICILIARIA ☐ SI ☐ NO			
NÚMERO DE UNIDADES PRIVADAS			
CUOTAS DE ADMINISTRACIÓN		☐ SI ☐ NO	PERÍODO DE 1 - 6 MESES
ALOJAMIENTO TEMPORAL Y/O RENTA		☐ SI ☐ NO	PERÍODO DE 1 - 6 MESES
		VALOR ASEGURADO / MES	

RELACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO, OTROS EQUIPOS Y MAQUINARIA CON VALOR INDIVIDUAL SUPERIOR A 5 S.M.M.L.V.

CANT.	DESCRIPCIÓN (MARCA - SERIE)	AÑO FAB.	VALOR \$	CANT.	DESCRIPCIÓN (MARCA - SERIE)	AÑO FAB.	VALOR \$

OTROS SEGUROS

Ha estado asegurado anteriormente?_____SI_____NO En caso afirmativo, indique el nombre de la Aseguradora _____

Actualmente tiene seguros que cubran este mismo bien?_____SI_____NO En caso afirmativo, indique el nombre de la Aseguradora _____

SINIESTRALIDAD ¿Ha presentado siniestros en los últimos 3 años?_____SI_____NO En caso afirmativo, registre la siguiente información:

COBERTURA AFECTADA	VALOR INDEMNIZADO	FECHA OCURRENCIA	ASEGURADORA

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones Compañías significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. Y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las compañías, incluyendo pero s in limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes signi fican las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significan cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Comp añías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, ta les como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la l ey 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños , niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento c on todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que re alicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia) (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extra njero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integ ral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el Sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase re lacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveni ente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para su s propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que de trata la cláusula de DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES del presente documento, la cual leí y comprendí cabalmente._____SI_____NO

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverías S.A e INIF, para que traten mis datos personales en los términos des critos en la cláusula de DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES del presente documento, especialmente 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._____SI_____NO

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

¿HA SIDO OBJETO DE AMENAZAS, EXTORSIÓN, ATENTADOS, BOLETEOS, VACUNAS, O ALGUN OTRO EVENTO SIMILAR, POR PARTE DE GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY? _____ SI _____ NO

DESCRIBA _____

¿EXISTE ALGUN HECHO O CIRCUNSTANCIA ADICIONAL QUE MODIFIQUE O AGRAVE LAS CONDICIONES DEL RIESGO DECLARADO? _____ SI _____ NO

¿CUÁL? _____

CONVENIO DE PAGO (MARQUE CON UNA X)

LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO SE CANCELARÁ DE LA SIGUIENTE FORMA

De contado en: ☐ Efectivo ☐ Cheque a la fecha ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta Débito	Cheques Posfechados Sin Financiación: ☐ Entrega de (3) cheques el día de aceptación de la presente solicitud; uno para su cobro el día de aceptación, otro a los 30 días calendario y el último a 60 días calendario. Financiación: ☐ Credimapfre ☐ Credivalores	Débito Automático: ☐ Convenio con la red ACH en Cuenta de Ahorros o Cuenta Corriente, a excepción de los siguientes bancos: Bancamía, Banco Falabella, Banco Procredit, Banco Agrario y Banco Pichincha ☐ Convenio con Tarjeta de Crédito Visa, Master Card, Diners y American Express de cualquier entidad.
---	---	--

CUALQUIER PRIMA ADICIONAL QUE SE GENERE EN VIRTUD DEL PRESENTE SEGURO, SE CANCELARÁ DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO RESPECTIVO.

Observaciones:

FIRMA Y SELLO DEL TOMADOR

FIRMA Y SELLO DEL INTERMEDIARIO

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE:

ACEPTACIÓN DEL RIESGO: ☐ SI ☐ NO

FECHA _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA _____