



(571) 285 56 00  
 Calle 33 # 6B - 24  
 Bogotá, Colombia  
 arriendos@segurosmondial.com.co  
 www.facebook.com/SegurosMundial  
 twitter.com/SegurosMundial  
 www.segurosmondial.com.co



Solicitud No.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE ARRENDAMIENTO PERSONA JURÍDICA**

|                            |   |                        |   |                       |                         |  |
|----------------------------|---|------------------------|---|-----------------------|-------------------------|--|
| Fecha Diligenciamiento     | D   | M                      | A | Ciudad                | Sucursal                | Intermediario  |
| Nombre Inmobiliaria        | No. de Póliza   |                        |   | Solicitud Estudio en: |                         | <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Corretaje |
| Clase de Vinculación       | <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> Codeudor  | Valor del Cánon        |   |                       | Cuota de Administración |  |
| Propietario y/o Arrendador | Tipo de Documento   |                        |   | Número                |                         |  |
| Teléfono Propietario       | E-mail Propietario  |                        |   |                       |                         |  |
| Destino del Inmueble       | <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial   | Dirección del Inmueble |   |                       | Ciudad                  |  |
| Tipo de Inmueble           | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> 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   | D       | M                   | A   | Lugar de Expedición   |   |
| Fecha de Nacimiento  | D                | M                     | A       | 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 |         |                     | CIU   |   |   |
| Actividad Económica  | Cual             | E-mail                |         |                     |   |   |   |
| ¿Alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) es una Persona Públicamente Expuesta? (Ver definición de administrador, PPE y vinculados en el pie de página). |                  |                       |         |                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Si la respuesta es afirmativa, sírvase diligenciar la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas. |   |
| ¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos?  |                  |                       |         |                     |   |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?   |                  |                       |         |                     | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Indique:  |   |

**CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE**

En cumplimiento del Decreto 1674 de 2016, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

| Vínculo / Relación* | Nombre | Tipo de Identificación | No. de Identificación | Nacionalidad | Entidad | Cargo | Fecha Desvinculación |
|---------------------|--------|------------------------|-----------------------|--------------|---------|-------|----------------------|
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |
|                     |        |                        |                       |              |         |       |                      |

- \* Vínculo / Relación  
 1. Representantes legales  
 2. Miembros de la Junta Directiva  
 3. Accionistas

**Persona Expuesta Públicamente (PEP):** i) las personas expuestas políticamente - conforme al (Decreto 1674 de 2016) -; ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674/2016) 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.

**Administradores (Ley 222 de 1995, art.22):** Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.

**Vinculados:** las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

**Nota interpretativa Recomendación 24-GAFI:** Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o Identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país o Identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas; y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del público la anterior información; y o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

**ACCIONISTAS**

**Instrucciones de diligenciamiento:** 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, aporte o participación. 2) Si el accionista o asociado relacionado en la siguiente sección es una persona Jurídica que no cotiza en bolsa, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado) 3) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente, sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).

| Tipo ID | Número ID | Nombre | % Participación | ¿Es Persona Jurídica que cotiza en Bolsa? | ¿Es Persona Públicamente Expuesta, o vinculado con una de ellas? (aplica únicamente para personas naturales) | ¿Es sujeto de tributación en otro país u otro grupo de países?, Indique cual(es) |
|---------|-----------|--------|-----------------|---|--|--|
|         |           |        |                 |   |  |  |
|         |           |        |                 |   |  |  |
|         |           |        |                 |   |  |  |
|         |           |        |                 |   |  |  |
|         |           |        |                 |   |  |  |

**CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES**

| Tipo de Identificación | Número de Identificación | Razón Social / Nombres Apellidos | % Participación | Nombre / Razón Social de la Sociedad de la que es Accionista | NIT |
|------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|--|-----|
|                        |                          |                                  |                 |  |     |
|                        |                          |                                  |                 |  |     |
|                        |                          |                                  |                 |  |     |
|                        |                          |                                  |                 |  |     |
|                        |                          |                                  |                 |  |     |

|                            |                           |                 |
|----------------------------|---------------------------|-----------------|
| 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 destinarán 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? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Cuál?                               | Indique otras operaciones                               |        |      |        |
|--|---|--------------------------------------|---|--------|------|--------|
| ¿Posee productos financieros en el exterior? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Posee cuentas en moneda extranjera? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |        |      |        |
| Tipo de Producto                             | Identificación o número del producto                    | Entidad                              | Monto   | Ciudad | País | 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).

Así mismo, entiéndase como INTERMEDIARIO DE SEGUROS la(s) sociedad(es) \_\_\_\_\_ y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente, por la misma sociedad matriz de la(s) sociedad(es) antes mencionada(s).  
Dirección \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo expresa e inequívocamente a usar mis datos personales con fines comerciales en los términos que trata la consideración 4 de la Cláusula de Autorización del presente documento, la cual lei y comprendi cabalmente.  SI  NO

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), y 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, que se me notifique cualquier tipo de información por cualquiera de las vías posibles, sea correo electrónico, mensaje de texto, correo certificado u otra que pudiera existir.

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, e-mail: 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, e-mail: 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.

He sido informado que la política de tratamiento de datos personales de LA ASEGURADORA la puedo encontrar completa en <http://www.segurosmondial.com.co/servicio-al-cliente/>

Autorizo expresa e inequívocamente a Fasecolda, Inverfas S.A. e INIF, para que traten mis datos personales en los términos descritos en el numeral v del numeral 3 denominado "usuarios de la información", 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

Para efectos de la verificación específica de las políticas internas sobre el tratamiento de datos personales, como titular de la información acudiré a las páginas web de los responsables y encargados que estoy autorizando en el presente escrito.

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.

IV. CERTIFICACIÓN: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la compañía, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente, en la Ley 1581 de 2012 y (ii) que, existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de Datos por parte de LA(S) ASEGURADORA(S) Y/O LOS INTERMEDIARIOS señalados en este documento.

Recomendaciones:

- 1. Prohibido presentar fiadores de profesión, teniendo en cuenta el delito de falsedad en documento privado (artículo 221 y 22 del C.P.C).
- 2. Tomar fotocopias de los documentos anexados a la presente solicitud, no devolvemos ningún 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 artículos 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

ÍNDICE DERECHO

**7. INFORMACIÓN ENTREVISTA**

**8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

|                            |  |     |     |               |                                  |     |     |       |
|----------------------------|--|-----|-----|---------------|----------------------------------|-----|-----|-------|
| Lugar de la Entrevista     |  |     |     |               | Fecha de Verificación            | Día | Mes | Año   |
| Fecha de la Entrevista     | Día  | Mes | Año |               | Hora de Confirmación             |     |     |       |
| Hora de la Entrevista      |  |     |     |               | Nombre y Cargo de quien verifica |     |     | Firma |
| Observaciones              |  |     |     |               |                                  |     |     |       |
| Nombre del Intermediario   |  |     |     | Observaciones |                                  |     |     |       |
| Nombre del Asesor          |  |     |     |               |                                  |     |     |       |
| Resultado de la Entrevista | <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado |     |     |               |                                  |     |     |       |