

SOLICITUD SEGURO DE VEHÍCULOS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACION NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACION	
DIRECCIÓN:		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO:				TELEFONO	
ASOCIADO		TIPO DE EMPRESA			
NO <input type="checkbox"/>		PUBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>		MIXTA <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE ASOCIADO:		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	
		SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/>		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	
		OTRA CUAL? _____			
		AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL ASEGURADO

GÉNERO: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		EDAD: _____ años		FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aa	
NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACION NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACION	
DIRECCIÓN:		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO:				TELEFONO	
OCUPACION		EMPLEADO: <input type="checkbox"/>		ENVIO CORRESPONDENCIA	
		PENSIONADO: <input type="checkbox"/>		RESIDENCIA <input type="checkbox"/>	
		ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/>		EMPRESA <input type="checkbox"/>	
EMPRESA DONDE LABORA:		CARGO QUE DESEMPEÑA:			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:					

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE		IDENTIFICACION NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACION	
DIRECCION		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
				TELEFONO	

DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO

MARCA		PLACA No.		MODELO	
CODIGO FASECOLDA		USO		CLASE VEHICULO	
TIPO		CILINDRAJE		COLOR	
SERVICIO		CATEGORIA		PESO	
NUMERO MOTOR		CHASIS		SERIE	
CAPACIDAD TONELADAS/PASAJEROS		TIPO CARROCERIA			
ALARMA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CLASE CARGA			

ESPECIFICACIONES DEL VEHICULO

LUGAR PREDOMINANTE DE CIRCULACIÓN:					
CIUDAD		DEPARTAMENTO			
VALOR COMERCIAL DEL VEHÍCULO: \$ _____		ACCESORIOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		VALOR ACCESORIOS \$ _____	
DESCUENTOS O BONIFICACIONES POR EXPERIENCIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CUÁNTOS AÑOS : _____			

COBERTURAS AUTOS PARTICULARES

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	AMPAROS OPCIONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	\$ _____	ASISTENCIA EN VIAJE <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA TOTAL POR DAÑOS	\$ _____	ASISTENCIA EXTENDIDA <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA TOTAL POR HURTO	\$ _____	VEHÍCULO DE REPLAZO <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA PARCIAL POR DAÑOS	\$ _____	GASTOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA PARCIAL POR HURTO	\$ _____	HURTO DE CARTERA <input type="checkbox"/>
DEDUCIBLES _____ % MÍNIMO _____	SMMLV	REVISIÓN TÉCNICO - MECÁNICA <input type="checkbox"/>

COBERTURAS AUTOS PESADOS

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	AMPAROS OPCIONALES
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	\$ _____	ASISTENCIA EN VIAJE <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA TOTAL POR DAÑOS Y POR HURTO	\$ _____	ANEXO DE PARALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA PARCIAL POR DAÑOS Y POR HURTO	\$ _____	
DEDUCIBLES _____ % MÍNIMO _____	SMMLV	

COBERTURAS TODO RIESGO SERVICIO PÚBLICO

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	AMPAROS OPCIONALES	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	\$	ASISTENCIA EN VIAJE	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA TOTAL POR DAÑOS Y POR HURTO	\$	LUCRO CESANTE DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA PARCIAL POR DAÑOS Y POR HURTO	\$		
DEDUCIBLES _____ %	MÍNIMO _____	SMMLV	

FORMA DE PAGO PRIMAS

ANUAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	MENSUAL <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

MODALIDAD DE PAGO

EFFECTIVO CHEQUE FINANCIACIÓN DE PRIMAS CONVENIO DE PAGO TARJETA DE CRÉDITO
 AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO DE LA TARJETA NÚMERO _____ DE ACUERDO CON LA FORMA DE PAGO PACTADA.
 FIRMA: _____ Cédula No. _____.

EJECUTIVO COMERCIAL	AGENCIA
INTERMEDIARIO	CLAVE

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad pueda acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: Declaro que La Equidad me ha informado de manera expresa:

1. Que los datos suministrados serán objeto de Tratamiento únicamente para los fines que se autorizan en esta autorización.
2. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación contractual, incluyendo pero no limitado a la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. Verificación del estado del riesgo que se pretende trasladar a La Equidad Seguros O.C. de manera previa a la suscripción de la póliza, durante la vigencia del contrato y ante el acaecimiento del siniestro, para comprobar las circunstancias bajo las cuales se presentó.
 - d. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre con La Equidad Seguros O.C.
 - e. El control y la prevención del fraude.
 - f. La liquidación y pago de siniestros.
 - g. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros de La Equidad.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por La Equidad, así como la verificación, referenciación y actualización de datos.
 - k. Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
 - l. Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.
 - m. Para las demás finalidades en cumplimiento de deberes legales y reportes regulatorios conforme a lo señalado en la ley.
 - n. Para el envío de las modificaciones en la política de tratamiento de datos.
3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento.
4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de La Equidad.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros.
 - c. Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro.
 - d. Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro.
 - e. FASECOLDA e INVERFAS S.A., 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este documento.
6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos.
8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento.
10. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop.
11. Que el responsable del tratamiento de los datos que se comparta, transfiera, transmita, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 4 anterior, será FASECOLDA, cuya dirección es carrera XX número 26-20 piso 11 y el teléfono es 3443080.
12. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

NOTA: Esta solicitud no compromete a ninguna de las partes, mientras no se formalice el seguro con la expedición de la póliza y hace parte integrante de la Póliza de acuerdo al artículo 1048 del Código del Comercio

FIRMA DEL SOLICITANTE	NUMERO IDENTIFICACION	CIUDAD Y FECHA
-----------------------	-----------------------	----------------