



FORMATO SOLICITUD PÓLIZA DE HOGAR - PYME

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año Tipo de riesgo (Seleccione una opción): Hogar Pyme

Información del asociado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Tipo de documento: C.C. C.E. PAS N° de Identificación: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____ Día | Mes | Año
Dirección de residencia: _____ Teléfono residencia: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____

Información del asegurado

Es el asociado el propietario del inmueble a asegurar: SI NO En caso de que el asociado **NO** sea el propietario del inmueble, deberá diligenciar los siguientes campos:
Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Tipo de documento: C.C. C.E. PAS N° de Identificación: _____ Dirección de residencia: _____
Teléfono residencia: _____ Celular: _____

Información del beneficiario o acreedor hipotecario

Beneficiario Hipotecario Tipo de documento: C.C. C.E. PAS Número: _____ Nombre: _____

Información del inmueble

Valor del inmueble: _____ Dirección completa del inmueble: _____
Departamento: _____ Ciudad: _____ Barrio: _____ Localidad o zona: _____
Estrato: _____ Teléfono: _____

Marque con una X cuál es el tipo de construcción de su inmueble:

Concreto reforzado Acero
Madera Adobe
Mampostería estructural reforzada

Tipo de póliza que desea adquirir:

Apartamento Casa Finca
Razón social u objeto: _____
Uso familiar Uso comercial

Descripción	Detalle
No. de pisos	
No. de sótanos	
Año de construcción	

Aseguradora: _____

- Plan 1.** Asegurar Inmueble y/o Contenidos. **NO** incluye responsabilidad civil y accidentes personales.
 Plan 2. Asegurar Inmueble y/o Contenidos. **SI** incluye responsabilidad civil y accidentes personales.

Información adicional

Estos campos solo deben ser diligenciados si se toma la póliza Plan 2 o Plan 3, de lo contrario deben dejarse en blanco.

Valor total a asegurar en contenidos \$: _____

Relacione a continuación de forma detallada los equipos, muebles, enseres, joyas y objetos de valor a asegurar:

Tenga en cuenta que el valor de los objetos de valor y/o joyas, no debe ser mayor al 10% del valor asegurado total en contenidos:

Descripción	Valor individual

En caso de que los campos sean insuficientes, anexe al formulario la relación detallada a asegurar (marca, serie, valor).

Autorizaciones y Declaraciones

Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de igual forma autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer como entes o grupos de control, para que compartan, compilen y remitan a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados, y los que serán contratados a futuro, datos de contacto, movimientos y saldos, y cualquier otra Información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de LA / FT, así como aquellas que las regulen, modifiquen o sustituyan, con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos, cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias y control de calidad. 4. El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios, promociones, obsequios y campañas de fidelización de la Cooperativa de Profesionales Sanitas y de las distintas entidades de su propiedad, o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa de la Cooperativa de Profesionales Sanitas haya suscrito cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, que correspondan al objeto social de la Cooperativa de Profesionales Sanitas. 5. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados, así como cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: cps_sanitas@colsanitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A – 70 Of. 501.

Autorización de descuento directo:

Autorizo(amos) a mi(nuestro) empleador o entidad pagadora actual o futura que adquiera las obligaciones patronales de aquel por fusión, transformación, escisión, etc; para que descunte mensualmente de mi (nuestro) salario, honorarios y/o demás derechos económicos que resulten a mi (nuestro) favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas o a la entidad que en futuro represente sus derechos, las sumas de dinero que adeude(amos) a esta por concepto de servicios, seguros, etc; solicitado(s) en este formulario, hasta la cancelación total de la obligación.

Mandato

¿Sus obligaciones las cancelará un tercero? SI NO

Registro de firma

Firma
solicitante:

Firma
tercero:

Nombre: _____

Nombre: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____