

| 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.     | <input type="checkbox"/> |  |
|              |  |  |        | NIT.     | <input type="checkbox"/> |  |
| DIRECCIÓN    |  |  | CIUDAD | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO       |  |
| ASEGURADO    |  |  |        | C.C.     | <input type="checkbox"/> |  |
|              |  |  |        | NIT.     | <input type="checkbox"/> |  |
| DIRECCIÓN    |  |  | CIUDAD | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO       |  |
| BENEFICIARIO |  |  |        | C.C.     | <input type="checkbox"/> |  |
|              |  |  |        | NIT.     | <input type="checkbox"/> |  |
| DIRECCIÓN    |  |  | CIUDAD | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO       |  |

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

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

| AMPAROS SOLICITADOS<br>(MARQUE CON UNA X)                                                                                          |  |                                                         |                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| I. SECCIÓN PRIMERA TODO RIESGO DAÑO MATERIAL - TERREMOTO                                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI                  |                                              |
| II. SECCIÓN SEGUNDA AMIT - HMACC                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                              |
| III. SECCIÓN TERCERA DAÑO INTERNO                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                              |
| IV. SECCIÓN CUARTA HURTO CALIFICADO                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                              |
| V. SECCIÓN QUINTA INFIDELIDAD DE EMPLEADOS                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                              |
| LÍMITE DE <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 50 MILLONES |  |                                                         |                                              |
| VI. SECCIÓN SEXTA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL                                                                          |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Valor asegurado                              |
| VII. SECCIÓN SÉPTIMA RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES                                                            |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                              |
| LÍMITE <input type="checkbox"/> 200.000.000 <input type="checkbox"/> 300.000.000 <input type="checkbox"/> 500.000.000              |  |                                                         |                                              |
| VIII. SECCIÓN OCTAVA ACCIDENTES PERSONALES MIEMBROS DEL CONCEJO                                                                    |  |                                                         |                                              |
| LÍMITE ASEGURADO <input type="checkbox"/> 20.000.000 <input type="checkbox"/> 30.000.000 <input type="checkbox"/> 50.000.000       |  |                                                         |                                              |
| ASISTENCIA DOMICILIARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                    |  |                                                         |                                              |
| NÚMERO DE UNIDADES PRIVADAS _____                                                                                                  |  |                                                         |                                              |
| CUOTAS DE ADMINISTRACIÓN                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | PERÍODO DE 1 - 6 MESES VALOR ASEGURADO / MES |
|                                                                                                                                    |  |                                                         | _____                                        |
| ALOJAMIENTO TEMPORAL Y/O RENTA                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:<br><input type="checkbox"/> Efectivo<br><input type="checkbox"/> Cheque a la fecha<br><input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito<br><input type="checkbox"/> Tarjeta Débito | Cheques Posfechados Sin Financiación:<br><input type="checkbox"/> 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.<br><br>Financiación:<br><input type="checkbox"/> Credimapfre<br><input type="checkbox"/> Credivalores | Débito Automático:<br><input type="checkbox"/> 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<br><br><input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_