

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre (Razón Social en caso de personas jurídicas)		Nombre de Representante Legal (Personas Jurídicas)	NIT:
Tipo de Documento:	Número Documento:	Domicilio	
Teléfono	E-mail		

DATOS DEL TOMADOR

Razón Social: Comcel S.A.	Dirección:	Teléfono:
----------------------------------	------------	-----------

INFORMACIÓN DEL BIEN ASEGURADO

Número Telefónico	Marca y Modelo	IMEI
-------------------	----------------	------

- Solicito ser asegurado (en adelante el "Asegurado") bajo la Póliza para Equipos Electrónicos Portátiles Claro up (la "Póliza"), ramo Corriente Débil expedida por HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (la "Aseguradora"), cuyo Tomador es Comcel S.A. con la cobertura única y exclusiva de hurto y hurto calificado, según estos términos están definidos en las Condiciones Generales del producto Póliza para Equipos Electrónicos Portátiles Claro up.
- ENTIENDO QUE AL TOMAR ÚNICAMENTE LA COBERTURA DE HURTO Y HURTO CALIFICADO DE LA PÓLIZA, MI EQUIPO ASEGURADO NO TENDRÁ COBERTURA EN CASO DE EVENTOS DE DAÑO FÍSICO Y/O FALLA ELÉCTRICA Y/O MECÁNICA, LOS CUALES QUEDAN EXCLUIDOS DE COBERTURA.
- ENTIENDO QUE, EN CONSECUENCIA, TODA REFERENCIA EXPRESA O IMPLÍCITA A DAÑOS FÍSICOS, FALLAS ELÉCTRICAS Y/O MECÁNICAS ES ELIMINADA Y SE TRATARÁ COMO NO ESCRITA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PARA EQUIPOS ELECTRÓNICOS PORTÁTILES CLARO UP, VERSIÓN 02/01/2025-1333-P-11-EQELECTPORTCLARUP-D001.
- Entiendo que la prima del seguro se causa mensualmente y que, en virtud de ello, será cobrada a mí para cada vigencia y será recaudada a través de la factura correspondiente a la prestación del servicio de telecomunicaciones y la misma corresponderá única y exclusivamente a la cobertura de hurto y hurto calificado. Autorizo expresamente al Proveedor del Servicio – Comcel S.A., a recaudar la prima a través de la factura de la prestación del servicio de telecomunicaciones.
- Entiendo y acepto que el término de vigencia de mi amparo individual es mensual y que, por medio de esta solicitud, autorizo expresamente su renovación automática mes a mes, salvo que la Póliza termine por alguna de las causales previstas en la Ley o en las Condiciones Generales aplicables a la Póliza. Entiendo, además que, de acuerdo con la Ley, me asiste el derecho a revocar esta autorización de renovación automática o revocar la Póliza en cualquier momento.
- Entiendo, confirmo, acepto:
 - Que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza para Equipos Electrónicos Portátiles Claro up, que además se encuentran publicados en www.claroup.co y en la página de HDI Seguros Colombia S.A.: www.hdiseguros.com.co;
 - Que la cobertura se otorga a partir de la fecha indicada en el correspondiente Certificado Individual de Seguro;
 - Que para ser Asegurado bajo la Póliza, es necesario ser Miembro del Grupo Asegurado, formado por los usuarios de servicio de telefonía móvil o de datos del tomador del seguro, Comcel S.A. (el "Proveedor del Servicio");
 - QUE LA ASEGURADORA PUEDE ENTREGAR UN EQUIPO DE REEMPLAZO QUE SEA NUEVO O REMANUFACTURADO Y QUE DICHO EQUIPO DE REEMPLAZO PUEDE CONTENER PIEZAS O PARTES QUE PROVENGAN DIRECTAMENTE DEL FABRICANTE O NO;
 - Que cualquier comunicación, aviso notificación o entrega de documentos, expedidos por la Aseguradora, se hará mediante entrega personal o a mi dirección de correspondencia o a mi correo electrónico, indicados en la parte superior de este documento, o por medio de mensajes de texto o folletos o mensajes insertos en las facturas por los servicios de telecomunicaciones, salvo en los casos en los que la ley aplicable requiera que la notificación o entrega se realice de otra forma.

POR FAVOR, ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y/O MANIFESTACIONES O SOLICITUDES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD Y A SU EXPRESA VOLUNTAD.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES HDI SEGUROS COLOMBIA S.A., Y COMCEL, S.A.

En mi calidad de Asegurado, manifiesto que he sido informado de: (1) La existencia de las Políticas de Tratamiento de la Aseguradora, las cuales se encuentran publicadas en www.hdiseguros.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@hdiseguros.com.co o al teléfono 3077050 de Bogotá; (2) La existencia de las Políticas de Tratamiento del Proveedor del Servicio, Comcel, S.A., en su calidad de tomador de la Póliza, las cuales se encuentran publicadas en http://www.claro.com.co/portal/recursos/co/comcel/Políticas_Seguridad_Inf_Claro.pdf y también pueden ser solicitadas en el teléfono 01-8000-341818; (3) Los derechos que me asisten, establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: (a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos; (b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; (c) Ser informado del uso que se le ha dado a mis datos personales; (d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes; (e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; (f) Acceder, en forma gratuita, a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento; (g) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales; (h) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que se me han hecho o se me harán sobre datos personales sensibles o sobre los datos de niñas, niños y adolescentes.

Asimismo, autorizo a COMCEL, S.A. (Proveedor del Servicio) (en su calidad de Tomador de la Póliza) y a HDI Seguros Colombia S.A., como responsables del tratamiento de mis datos personales, al tratamiento de éstos, de conformidad con este consentimiento y con las Políticas de Tratamiento de la Aseguradora y del Proveedor del Servicio, en virtud de la suscripción del contrato de prestación de servicios de telefonía móvil, en virtud del contrato de financiamiento del equipo de comunicaciones, en virtud del contrato de seguros celebrado, o en conexión con los documentos emanados del proceso de suscripción del seguro, o suministrados en relación con los servicios de telefonía móvil o para llevar a cabo alguna o todas las actividades necesarias para el desarrollo y cumplimiento de las obligaciones que se originen y deriven de la relación contractual y/o comercial entre el Asegurado y la Aseguradora y entre el Asegurado y el Proveedor del Servicio. Autorizo que la información recabada por la Aseguradora y el Proveedor del Servicio sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, circulada, suprimida, transferida y/o transmitida, ya sea nacional o internacionalmente, para efectos de:

- mi vinculación como asegurado y beneficiario bajo la Póliza;
- para la ejecución del contrato de seguro contenido en la Póliza;
- para la atención, análisis, liquidación y pago del evento amparado y, en general, para todas las gestiones necesarias para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado y contenido en la Póliza;
- para el control, reporte y prevención de fraude;
- para la elaboración de los estudios técnicos actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, para estudios de técnica aseguradora;
- para auditorías, investigación y análisis destinados a asegurar, mantener, proteger y mejorar los servicios;
- para la administración de programas de beneficios o servicios conexos o derivados del contrato de seguro, del contrato de prestación de servicios de telefonía móvil o del contrato de financiamiento de equipo;
- para la gestión de ambientes de tecnología y para garantizar la seguridad de éstos;
- para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas de la Aseguradora y de su casa matriz;
- para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la Aseguradora;
- para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de la Aseguradora.

Finalmente, autorizo expresamente a la Aseguradora, HDI Seguros Colombia S.A., y al Proveedor del Servicio, Comcel, S.A., en su calidad de Tomador de la Póliza, a transferir y/o transmitir, ya sea a nivel nacional o internacional, mis datos personales a: (1) Mi(s) intermediario(s) de seguros; (2) Los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior que tengan relación con la Póliza; (3) FASECOLDA E INVERFAS; (4) Asurion Colombia, S.A.S., proveedor de HDI Seguros Colombia S.A., (incluyendo sus filiales y subsidiarias), quien tendrá la calidad de encargado del tratamiento de mis datos; (5) HDI Seguros Colombia S.A., incluyendo su casa matriz, filiales y subsidiarias.

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL