



SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO VIDA GRUPO FAMILIAR PARA GASTOS EMERGENTES

SUCURSAL	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			CIUDAD

No.

TOMADOR														
TOMADOR										NIT Ó CÉDULA				
DIRECCIÓN					CORREO ELECTRÓNICO					TELÉFONO			CIUDAD	
ASEGURADO PRINCIPAL														
NOMBRES			APELLIDOS				DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN		ACTIVIDAD U OCUPACIÓN
									DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	EDAD _____ AÑOS		SEXO M ☐ F ☐		ESTADO CIVIL		SOLTERO ☐ VIUDO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ OTRO ☐			
DIRECCIÓN								E.P.S. A LA QUE ESTÁ AFILIADO (A)						
CIUDAD DE RESIDENCIA					TELÉFONO			FORMA DE PAGO DE LA PRIMA				PLAN CONTRATADO		

BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DESIGNACIÓN %
					100

* Los asegurados adicionales podrán realizar designación de beneficiarios en el formato E-GV-033, en caso, de no designación o que ésta sea ineficaz tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

GRUPO BÁSICO ASEGURADO							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP*? SÍ, ANEXO 1	CIUDAD DE RESIDENCIA HABITUAL
						SI ☐ NO ☐	
						SI ☐ NO ☐	
						SI ☐ NO ☐	
						SI ☐ NO ☐	
						SI ☐ NO ☐	

* Los asegurados relacionados en el grupo básico asegurado podrán realizar designación de beneficiarios en el formato E-GV-033, en caso, de no designación o que ésta sea ineficaz tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

ASEGURADOS ADICIONALES							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PEP*? SÍ, ANEXO 1	CIUDAD DE RESIDENCIA HABITUAL
						SÍ ☐ NO ☐	
						SÍ ☐ NO ☐	
						SÍ ☐ NO ☐	

Los asegurados adicionales podrán realizar designación de beneficiarios en el formato E-GV-033, en caso, de no designación o que ésta sea ineficaz tendrán la calidad de beneficiarios los establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

***Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Personas expuestas políticamente conforme al decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona públicamente expuesta (Decreto 1674 de 2016); 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.

¿ES O ESTÁ VINCULADO CON UN PPE? SÍ, ESPECIFIQUE Ó ANEXO 1

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN. Y DEBER DE INFORMACIÓN

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- a) La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio.
- b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud u reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos.
- c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización Si No.

Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadalestado.com.

Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidaddelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

ES IMPORTANTE LEER ESTA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ANTES DE FIRMAR

CLÁUSULA DE ASESORÍA AL CLIENTE: Declaro que recibí asesoría especializada, amplia y detallada por parte del asesor comercial de las condiciones técnicas y económicas del seguro, conociendo de este modo el alcance del producto en cuanto a cobertura y exclusiones y las acepto de manera libre y voluntaria. Así mismo certifico que entendí ampliamente el alcance del amparo de incapacidad total y permanente y me acojo a la calificación bajo el régimen de seguridad social en Colombia en salud, bajo los preceptos del manual único de calificación de invalidez decreto 1507 de 2014 o sus modificaciones reclamatorias.

Hago constar que he recibido en medio físico y/o virtual el clausulado y el formulario solicitud certificado de la póliza y lo acepto de conformidad. Queda claramente definido que para disfrutar de los amparos de la póliza adquirida debo estar al día en el pago de las primas.

NOTA

GARANTIZO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON EXACTAS, COMPLETAS VERACES EN LA FORMA EN QUE APARECEN CONSIGNADAS, ACEPTO Y ENTIENDO QUE ESTAS DECLARACIONES SERÁN PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO

IGUALMENTE, SI EXISTIERE RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, ACEPTO LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO.

DECLARO CONOCER QUE SALVO ESTIPULACIÓN CONTRACTUAL EN CONTRARIO EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

104

HUELLA
ÍNDICE
DERECHO

FIRMA DEL SOLICITANTE