



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE VEHÍCULOS DE CARGA POR CARRETERA,
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL**

PERSONA JURÍDICA

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).						
INDIQUE LOS VINCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR, EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO					TIPO DE SOLICITUD	
TOMADOR - ASEGURADO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	¿Cuál? <input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> El mismo	<input type="checkbox"/> Otra	
INFORMACIÓN GENERAL						
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL					NIT	DV
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)					SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL?					No DE EMPLEADOS:	
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> CIU						
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		CIUDAD		DEPARTAMENTO		CELULAR/CONTACTO
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		CELULAR/CONTACTO
CORREO ELECTRÓNICO OFICINA						
INFORMACIÓN DEL SEGURO						
ASEGURADO (Propietario del vehículo)						
TIPO PERSONA: JURÍDICA <input type="checkbox"/> GUBERNAMENTAL <input type="checkbox"/>		TIPO DOCUMENTO: C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		No. DOCUMENTO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
RAZÓN SOCIAL						
DIRECCIÓN RESIDENCIA:				DEPARTAMENTO		CIUDAD
CELULAR/CONTACTO				CORREO ELECTRÓNICO		
TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL TOMADOR _____						
PLACAS				SI EL NÚMERO DE VEHÍCULOS ES SUPERIOR A CINCO, POR FAVOR ADJUNTAR RELACION		
DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO (Remolcador (Cabezote / Camión))						
PLACA	SERVICIO	MARCA Y LINEA	MODELO	CHASIS	MOTOR	COLOR
TIPO DE COMBUSTIBLE: GASOLINA <input type="checkbox"/> DIESEL <input type="checkbox"/> GAS NATURAL <input type="checkbox"/> ELÉCTRICO <input type="checkbox"/>				CLASE VEHÍCULO		CAPACIDAD CARGA
SISTEMA DE RASTREO						
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿EN CASO POSITIVO INDIQUE CUÁL? _____						
TIPO DE CARROCERÍA: PLATÓN <input type="checkbox"/> FURGÓN <input type="checkbox"/> ESTACAS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____						
No. DE EJES		VALOR ASEGURADO \$ _____				
REMOLQUE (Trailer)						
PLACA	MARCA	MODELO	CAPACIDAD DE CARGA	No. DE EJES	VALOR ASEGURADO \$ _____	
TIPO DE CARROCERÍA: PLATÓN <input type="checkbox"/> FURGÓN <input type="checkbox"/> ESTACAS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____						
DOCUMENTOS BÁSICOS QUE SE REQUIEREN PARA EVALUAR EL RIESGO						
1. SOLICITUD DE SEGURO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADA Y FIRMADA POR EL TOMADOR, ASEGURADO Y POR EL INTERMEDIARIO DE SEGURO.						<input type="checkbox"/>
2. CONTRATO DE COMPRA-VENTA EN CASO DE QUE EL ASEGURADO NO FIGURE EN LA LICENCIA DE TRANSITO						<input type="checkbox"/>
3. FACTURA DE COMPRA CON LA CUAL SE MATRICULO EL VEHÍCULO.						<input type="checkbox"/>
4. DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN Y/O MANIFIESTO DE IMPORTACIÓN SI SE TRATA DE UN VEHÍCULO IMPORTADO.						<input type="checkbox"/>
5. ACTA DE RESOLUCIÓN O TRANSFORMACIÓN, REPOTENCIACIÓN O CUALQUIER GESTIÓN QUE INDIQUE UN CAMBIO EN LA CLASE O CARACTERÍSTICA DEL VEHÍCULO.						<input type="checkbox"/>
6. COPIA DEL CONTRATO DE LEASING O ARRENDAMIENTO						<input type="checkbox"/>
7. CHEQUEO TÉCNICO DE LA SIJIN, DIJIN Y FISCALÍA, CUANDO SE TRATE DE UN VEHICULO CUYO MODELO SEA ANTERIOR A LOS 2 AÑOS DE LA MATRICULA Y/O IMPORTACIÓN.						<input type="checkbox"/>
8. CERTIFICADO DE INSTALACIÓN Y ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE RASTREO SATELITAL (G.P.S.).						<input type="checkbox"/>
9. INFORME DE INSPECCIÓN DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, INCLUYENDO IMPRONTAS Y FOTOGRAFÍAS COMPLETAS.						<input type="checkbox"/>
NOTA: LA INSPECCIÓN TIENE UNA FECHA DE CADUCIDAD, QUE CUMPLIDA IMPLICA LA REINSPECCIÓN DEL VEHICULO.						<input type="checkbox"/>
10. CUALQUIER OTRO QUE LA COMPAÑÍA REQUIERA, LO CUAL SE NOTIFICARA POR ESCRITO.						<input type="checkbox"/>
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL BÁSICA				LÍMITE ÚNICO EN EXCESO		
AMPAROS		VALOR SOLICITADO		SI _____ NO _____		
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS		_____		VALOR SOLICITADO		
MUERTE O LESIONES A UNA PERSONA		_____		\$ _____		
MUERTE O LESIONES A DOS O MÁS PERSONAS		_____		POR EVENTO / VIGENCIA		
AMPARO PATRIMONIAL		_____				
ASISTENCIAS JURÍDICAS		_____				
IMPORTANTE						
LA PRESENTE SOLICITUD NO ES UNA OFERTA, NI CONSTITUYE COMPROMISO DE ASUNCIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE SEGUROS DEL ESTADO S.A., (SEGURESTADO) Y POR TANTO NO GENERA NINGUNA CLASE DE CONTRATO, OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD A CARGO DE SEGURESTADO, EL RECIBO DE ESTA SOLICITUD SE REALIZA ÚNICAMENTE PARA ESTUDIO. POR LO TANTO LA APROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL SEGURO ESTA CONDICIONADA A LA MANIFESTACIÓN EXPRESA DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE SEGURESTADO.						

PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿TRANSPORTA MERCANCIAS AZAROSAS, INFLAMABLES Y/O EXPLOSIVAS? SI NO CUALES ? _____
2. ¿QUE OTRA CLASE DE MERCANCIAS TRANSPORTA? _____
3. ¿CUAL ES EL RADIO DE OPERACIÓN? _____
4. ¿MOVILIZA CARGA FUERA DEL PAÍS? SI NO ¿A CUAL? _____
5. ¿ES REPOTENCIADO? SI NO ¿EN QUE CONSISTE? _____
6. ¿ES TRANSFORMADO? SI NO ¿EN QUE CONSISTE? _____
7. ¿EL VEHÍCULO FUE IMPORTADO BAJO EL SISTEMA ESPECIAL DE PLAN VALLEJO? SI NO
8. ¿EL VEHICULO FUE LEGALIZADO BAJO DECLARACIÓN DE SANEAMIENTO O ACTO SIMILAR? SI NO
9. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA DE DAÑOS CONTADO CHEQUE FINANCIADO
10. R.C.E. (CONTRA ENTREGA DE LA PÓLIZA).

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 o 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.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.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.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdeleestado.com

CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACION

De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así:

- He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
- He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
- Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO O ENTIDAD PERTINENTE.

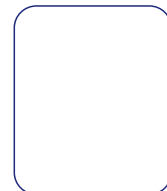
1. TOMADOR - ASEGURADO

- a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT). b. Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o Estados Financieros.

FIRMA Y HUELLA

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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE



HUELLA
INDICE
DERECHO