



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).

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	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
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	CONTACTO/CELULAR
-----------------------------	--------	--------------	------------------

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CONTACTO/CELULAR
------------------------------	--------	--------------	------------------

CORREO ELECTRÓNICO OFICINA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS TRES (3) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL SEGURO

TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL TOMADOR
--	--------------------

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
-----------------------	--------------	--------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL SEGURO
EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO.

- FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO
- FOTOCOPIA DE LICENCIA DE TRANSITO (TARJETA DE PROPIEDAD) A NOMBRE DEL ASEGURADO
- FOTOCOPIA DE FACTURA DE COMPRA PARA VEHÍCULOS NUEVOS O DE IMPORTACIÓN DIRECTA.

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.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.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.segurosdevidadelestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com

CLÁUSULA DE DEBER DE INFORMACIÓN

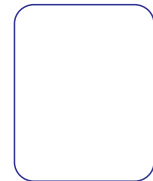
De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así:

1. 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.
2. 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).
3. 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.

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