



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 DEL SEGURO

TIPO DE PÓLIZA: INDIVIDUAL COLECTIVA **NOMBRE DEL TOMADOR** _____

TIPO DOCUMENTO: C.C. CE NUIP T.I. NIT No. DOCUMENTO _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ DEPARTAMENTO _____ CIUDAD _____

CELULAR/CONTACTO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO

PLACA _____ MARCA Y LINEA _____

CLASE VEHICULO _____ MUNICIPIO HABITUAL DE OPERACIÓN DEL VEHICULO _____ SERVICIO _____

TRAYECTO _____ MODELO (EDAD VEHICULO) _____

VALOR COMERCIAL (Sin accesorios no originales) _____ VALOR DE LOS ACCESORIOS _____

ACCESORIOS

DESCRIPCIÓN	MARCA	VALOR	DESCRIPCIÓN	MARCA	VALOR

SISTEMA DE RASTREO

SI NO En caso positivo indique cual? _____

COBERTURAS OPCIONABLES: COBERTURA COMPLETA SOLO R.C.E. OTRA CUAL? _____

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL SEGURO

- 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:

- 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.
- 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.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- 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

CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACIÓN

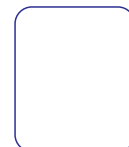
De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así:

- 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.

FIRMA Y HUELLA

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

_____ FIRMA DEL CLIENTE



HUELLA
INDICE
DERECHO