



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**
NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO
EQUIPO Y MAQUINARIA**

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 VÍNCULOS 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	
TOMADOR - BENEFICIARIO		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	
ASEGURADO - BENEFICIARIO		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra					
1. 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)							
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. _____							
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	
2. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS							
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS							
AÑO	RAMO	AMPARO AFECTADO	COMPañIA	VALOR	INDEMNIZACIÓN		
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO							
3.1 INFORMACIÓN TÉCNICA							
PRODUCTO: TODO RIESGO EQUIPO Y MAQUINARIA				RENOVACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE PÓLIZA		
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS		TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS		TIPO DE NEGOCIO			
D D	M M	A A A A	D D	M M	A A A A	100% CIA <input type="checkbox"/>	COASEGURO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/>
RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADO				ACTIVIDAD			
NIT O CC		DIRECCIÓN			TELÉFONO	CIUDAD	
BENEFICIARIO				NIT	DIRECCIÓN		
DEPARTAMENTO				CIUDAD			TELÉFONO
3.2 INFORMACIÓN DEL EQUIPO (Si se va a asegurar más de un (1) equipo/riesgo bajo la misma póliza, detallar la información de cada uno en hoja adicional)							
TIPO DE EQUIPO		MARCA			REFERENCIA		
CONCESIONADA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE FABRICACIÓN			TIPO DE MANTENIMIENTO		
TIENE PLACAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE PLACA			TIPO DE SERVICIO		
NÚMERO DE CHASIS				NÚMERO DE MOTOR			
NÚMERO DE HORAS DE USO		CAPACIDAD			VALOR DE REPOSICIÓN DEL EQUIPO		
ESTADO DEL EQUIPO		NUEVO <input type="checkbox"/>	USADO <input type="checkbox"/>	REPOTENCIADO <input type="checkbox"/>	AÑO DE REPOTENCIACIÓN _____		
UBICACIÓN DE LA MÁQUINA		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		ACTIVIDAD DESARROLLADA EN LA UBICACIÓN	
¿LA MAQUINARIA HA ESTADO ASEGURADA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ASEGURADORA		VIGENCIA	

SEÑALE LAS COBERTURAS SOLICITADAS

AMPAROS Y VALORES ASEGURADO TOTAL

AMPARO BÁSICO	
AMPAROS ADICIONALES	
1. Terremoto, Temblor, Maremoto y Erupción Volcánica	
2. Huracán, Tifón, Tornado, Ciclón, Vientos, Tormentas, Lluvias, inundación	
3. Hurto y Hurto Calificado	
4. Huelga, Asonada, Motín, Conmoción civil o popular y Vandalismo y Actos mal intencionados de terceros.	
5. De movilización y traslado	
6. Responsabilidad Civil Extra Contractual	
7. Gastos adicionales por horas extras, por trabajo nocturno, por flete aéreo y/o expreso, por gastos de extinción de siniestro, por gastos de preservación de bienes, o por los de remoción de escombros	

Valor asegurable = Valor reposición a nuevo

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN.

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vínculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: (i) El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; (ii) El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; (iii) Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; (viii) Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; (ix) Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crédito u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; (x) Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; (xi) Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; (xii) Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de **SEGUROS DEL ESTADO**; (xiii) Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; (xiv) En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y (xv) Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO**.

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por **SEGUROS DEL ESTADO** para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@segurosdeleestado.com o a través de las páginas web www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com en el link <https://www.segurosdeleestado.com/pages/ProteccionDatos>.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SÍ NO

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en <https://www.segurosdeleestado.com/pages/ProteccionDatos>.

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 del 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.

5. 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