



**SOLICITUD DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL PARA EVENTOS**

ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR LO TANTO PUEDE O NO SER ACEPTADA POR **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** UNA VEZ ANALIZADA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL TOMADOR/ASEGURADO, SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE PROPONER ALTERNATIVAS DE COBERTURA. UNA VEZ CELEBRADO EL CONTRATO DE SEGURO, ESTE FORMULARIO SE CONVERTIRÁ EN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA. LA VERACIDAD EN LAS DECLARACIONES DEL PROPONENTE SE CONSIDERA ELEMENTO ESENCIAL DE ESTA PROPUESTA, POR LO TANTO ES FUNDAMENTAL, QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTA Y COMPLETAMENTE.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
<p>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).</p>						
NOMBRE DEL EVENTO						
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO						
<hr/> <hr/> <hr/>						
TIPO DE EVENTO					MARQUE CON UNA "X" LA SITUACION MAS GRAVOSA RELACIONADA CON EL EVENTO	
BAZARES						
CAMPEONATOS / COMPETENCIAS / CONCURSOS						
CONCIERTOS						
CONGRESOS / CONVENCIONES						
CONVIVENCIAS						
CURSOS / CAPACITACIONES						
DEBATES						
ESPECTACULOS CALLEJEROS / DESFILES / CAMINATAS						
EVENTOS ACUATICOS / AEREOS						
EXPOSICIONES / FERIAS/FESTIVALES / EXHIBICIONES / OBRAS DE TEATRO						
FIESTA EMPRESARIAL						
GRADUACIONES / MATRIMONIOS / EVENTOS RELIGIOSOS						
INAUGURACIONES / LANZAMIENTOS						
PRESTAMO DE ESPACIOS PUBLICOS						
TOMADOR					NIT	
ASEGURADO PRINCIPAL					NIT	
ASEGURADOS ADICIONALES					NIT	
UBICACIÓN/DIRECION					CIUDAD	
ETAPAS DEL EVENTO						
FECHA MONTAJE		FECHA EJECUCION			FECHA DESMONTAJE	
<p>** Si corresponde a préstamo de espacios públicos, indicar en documento adjunto las fechas en las cuales se hará uso del espacio de acuerdo con el permiso otorgado y allegar copia del permiso.</p>						
AFORO (No. de personas)		¿Habrás usó de pólvora en el evento?			¿Habrás usó de inflables/saltarines en el evento?	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
JORNADA (seleccione una opción)						
DIURNA (07:00 A 21:00) <input type="checkbox"/>		NOCTURNA (21:01 A 06:59) <input type="checkbox"/>			DIURNA Y NOCTURNA <input type="checkbox"/>	
¿Habrás uso de vehículos en alguna de las etapas del evento?		¿Habrás bebidas embriagantes en alguna de las etapas del evento?			¿Habrás suministro de alimentos en alguna de las etapas del evento?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PÚBLICO AL QUE ESTÁ DIRIGIDO EL EVENTO						
INFANTIL (DE 0 AÑOS A 14 AÑOS) <input type="checkbox"/>		JUVENIL (De 15 AÑOS A 17 AÑOS) <input type="checkbox"/>		ADULTOS (MAYOR DE 18 AÑOS) <input type="checkbox"/>		TODO PÚBLICO <input type="checkbox"/>
DURACIÓN (Incluidas todas las etapas del evento): Corresponde a la vigencia de la póliza.						
DE 1 A 3 DÍAS <input type="checkbox"/>		DE 4 A 7 DÍAS <input type="checkbox"/>		DE 8 A 30 DÍAS <input type="checkbox"/>		MAYOR A 30 DÍAS E INFERIOR A 3 MESES <input type="checkbox"/>

BOLETERÍA PARA EL INGRESO AL EVENTO

CON BOLETERÍA SIN BOLETERÍA

LÍMITE ASEGURADO

ADJUNTE A ESTA SOLICITUD TODOS AQUELLOS DOCUMENTOS QUE SEAN SOPORTE DEL EVENTO PARA EL CUAL SE REQUIERE LA PÓLIZA, EN ESPECIAL EL PERMISO DEL EVENTO.

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, consentimiento 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 crediticio 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@seguroseleestado.com o a través de las páginas web www.seguroseleestado.com y www.seguroseleestado.com en el link <https://www.seguroseleestado.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:

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en <https://www.seguroseleestado.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.

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