

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

### DOCUMENTOS AMPAROS PIE

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (AUXILIO FUNERARIO)	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexas historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).
3)	Copia del registro civil de defunción del Asegurado.
4)	Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
5)	Dos declaraciones extra-juicio en original indicando estado civil y existencia de beneficiarios de ley, para personas fallecidas a partir de los 14 años.
6)	En caso de estar casado: fotocopia del documento de identidad del cónyuge y copia del registro civil de matrimonio.
7)	En caso de compañeros permanentes: Acta de Conciliación suscrita por los compañeros en un centro de conciliación, Escritura Pública en la que los compañeros declaren la unión marital, Sentencia en la que se declare la Unión Marital de Hecho.
8)	Si existen hijos herederos: copia del registro civil de nacimiento de cada hijo.
9)	En caso de beneficiarios muertos: copia del registro civil de defunción.
10)	Beneficiario menor de edad cuando faltan ambos padres: sentencia en la que se designe la guarda y curaduría definitiva del menor.
11)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
12)	Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios que presentan la reclamación.
13)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
14)	Fotocopia del carné PIE
15)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).
<b>NOTA:</b> En caso de haberse otorgado el amparo de Auxilio Funerario operan los mismos requisitos documentales.	

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Copia de historia clínica del asegurado donde se identifiquen las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el periodo de hospitalización.
3)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
4)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
5)	Fotocopia del carné PIE
6)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
7)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

GASTOS FUNERARIOS (POR ACCIDENTE O POR CUALQUIER CAUSA)	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).
3)	Copia del registro civil de defunción del asegurado.
4)	Factura original a nombre del reclamante con sello de cancelado.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
8)	Fotocopia del carné PIE
9)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

AUXILIO EDUCATIVO POR MUERTE DE PADRES (ACCIDENTAL O POR CUALQUIER CAUSA)	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).
3)	Copia del registro civil de defunción del padre o la madre.
4)	Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
5)	Para alumnos de instituciones educativas: certificado emitido por la Institución Educativa, en la que se indique tipo de calendario Escolar, así como el valor de la pensión mensual para la fecha del fallecimiento de uno de los padres y los meses que comprenden el periodo escolar.
6)	Para universidades: certificación de la universidad con el valor del semestre siguiente a la fecha del fallecimiento de uno de los padres.
7)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
8)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
9)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
10)	Fotocopia del carné PIE
11)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE O POR CUALQUIER CAUSA	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Copia de la atención médica o epicrisis.
3)	En caso de ambulancia: factura original del servicio prestado con fecha y nombre del afectado.
4)	En caso de personas naturales: cuenta de cobro y relación del costo del transporte, con el discriminado de los traslados realizados
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
8)	Fotocopia del carné PIE
9)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD (ENFERMEDADES AMPARADAS POR LA PÓLIZA)	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica completa en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad.
3)	Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando los servicios prestados.
4)	Facturas originales a nombre de Seguros de Vida del Estado S.A. en casos que sea la Institución la reclamante por convenio, discriminando los servicios prestados.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
8)	Fotocopia del carné PIE
9)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL PARA PAGO DE AUXILIO EDUCATIVO	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Copia de la carta de despido en la que se certifiquen las causas de la terminación del contrato.
3)	Copia del contrato a término indefinido con antigüedad superior a 3 meses.
4)	Copia de la liquidación y del acta de conciliación avalada por autoridad competente cuando se trate de terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes.
5)	En caso de incapacidad temporal (amparo solo para independientes): copia historia clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días, y fotocopia de la incapacidad expedida por la institución prestadora de salud.
6)	Copia del registro civil de nacimiento del asegurado.
7)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
8)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
9)	Fotocopia del carné PIE
10)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
11)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA ADQUISICIÓN DE ÚTILES Y UNIFORMES ESCOLARES	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Copia contrato a término indefinido con una antigüedad superior a 3 meses.
3)	Copia de la carta de despido en la que se certifiquen las causas de la terminación del contrato.
4)	Copia de la liquidación y del acta de conciliación avalada por autoridad competente cuando se trate de terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes.
5)	En caso de incapacidad temporal (amparo sólo para independientes): copia historia clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días, y fotocopia de la incapacidad expedida por la institución prestadora de salud.
6)	Copia auténtica del registro civil de nacimiento del alumno.
7)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
8)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
9)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
10)	Fotocopia del carné PIE
11)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, RIEGO BIOLÓGICO Y RIESGO QUÍMICO	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o Epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina la atención médica.
3)	Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando los servicios prestados.
4)	Órdenes médicas de los servicios y medicamentos facturados.
5)	En caso de que la reclamación sea presentada directamente por la Institución se debe aportar factura original a nombre de Seguros de Vida del Estado S.A.
6)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
7)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
8)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
9)	Fotocopia del carné PIE
10)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE DEL ALUMNO ASEGURADO	
1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Certificación de una autoridad competente de las circunstancias de modo, tiempo y lugar del fallecimiento (en caso de que el amparo se extienda a cualquier causa anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad en caso de que la muerte sea como consecuencia de esta).
3)	Copia del registro civil de defunción del cónyuge del asegurado.
4)	Copia del registro civil de matrimonio.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Fotocopia del carné PIE
8)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
9)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

### REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL

1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Certificación emitida por medicina legal u otros órganos que cuenten con la competencia para observar estos casos, como lo serían: el defensor de familia, el bienestar familiar, policía de menores y psicólogos.
3)	Copia del registro civil de nacimiento del alumno.
4)	Factura original con sello de cancelado a nombre del reclamante, en la que indique el valor a cancelar por el tratamiento psicológico.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
8)	Fotocopia del carné PIE
9)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

### REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ ACCIDENTAL

1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o epicrisis, con diagnóstico de ingreso, egreso y causa del accidente.
3)	Dictamen emitido por la junta regional o nacional de calificación de invalidez con pérdida superior al 66 %.
4)	Órdenes médicas de los servicios y medicamentos facturados.
5)	Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados.
6)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
7)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
8)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
9)	Fotocopia del carné PIE
10)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

### INHABILITACIÓN POR ACCIDENTE

1)	Formulario de Reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del accidente.
3)	Dictamen emitido por la junta regional o nacional de calificación de invalidez en la que se certifique el grado pérdida de capacidad.
4)	Fotocopia del carné PIE
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

DESMEMBRACIÓN	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina las atenciones médicas, así como la desmembración o grado de pérdida sufrida por el asegurado.
3)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
4)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
5)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
6)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

RENTA POR MATERNIDAD DE LA ALUMNA ASEGURADA	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica en la que se evidencie la fecha de inicio de del periodo de gestación y del parto
3)	Registro Civil de Nacimiento del menor sobre el que se está haciendo la reclamación.
4)	Fotocopia del documento de identificación de la asegurada.
5)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
6)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
7)	Fotocopia del carné PIE
8)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina el fallecimiento del hijo del asegurado.
3)	Copia del registro civil de defunción del hijo del asegurado.
4)	Copia del registro civil de nacimiento del hijo del asegurado.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Fotocopia del carné PIE
8)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

AUXILIO DE MATRÍCULA POR ACCIDENTE	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina la incapacidad.
3)	Incapacidad igual o superior a 3 meses
4)	Certificación emitida por la Institución Educativa en la que conste la inasistencia del asegurado por el lapso de la incapacidad.
5)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
6)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
7)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.



## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE	
1)	Formulario de reclamación STRO062 ( <b>Anexo A</b> ).
2)	Historia clínica en la que se evidencie la fecha del diagnóstico de la enfermedad.
3)	Dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido de acuerdo al Régimen de Seguridad Social con un porcentaje de incapacidad igual o superior al 50 %.
4)	Fotocopia del documento de identificación del asegurado.
5)	Fotocopia del documento de identificación del reclamante.
6)	Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.
7)	Fotocopia del carné PIE
8)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario: Para personas Naturales ( <b>Anexo B</b> ); para personas Jurídicas ( <b>Anexo C</b> ).

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.

## DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE PÓLIZA PIE

### DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA PAGOS POR TRANSFERENCIA

---

Documentos que se deben tener en cuenta para gestionar los pagos por transferencia a Persona Natural o Apoderado Persona Natural

PAGOS POR TRANSFERENCIA	
1)	Poder con presentación personal ante Notaria Pública, en la cual el titular del derecho otorgue las facultades especiales al Apoderado para que los dineros producto de la reclamación con cargo a la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sean transferidos a la Cuenta Bancaria del Apoderado.
2)	Formato de Autorización de Pago Electrónico, completamente diligenciado, con firma y huella del Apoderado ( <b>Anexo D</b> )
3)	Formulario de Conocimiento del Beneficiario Persona Natural, completamente diligenciado con firma y huella del Apoderado ( <b>Anexo B</b> ).
4)	Fotocopia del Documento de Identidad del Apoderado

La relación de documentos señalados, son netamente enunciativos y por lo tanto sólo constituyen una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos consistentes.



# ANEXO A

**STRO062**

## **Formulario de Reclamación**

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO  
PÓLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

## INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO POLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo.  
De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. ((Por favor no dejar espacios en blanco)).

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE		NIT o C.C.		No. POLIZA	
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION		NUMERO TELEFÓNICO	CIUDAD	

### DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.P.S. O A.F.P Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO		
CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD	

### PERSONA JURIDICA

### DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

### PERSONA NATURAL

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN	TELÉFONO	SEXO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD
CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN \$		

### DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA
AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION		LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	<input type="checkbox"/> COLEGIO <input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL? _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN (Actividad académica, deportiva y/o avalada por la Institución Médica)

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE ☐ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Titular:

Beneficiario:

Tipo de documento de identidad: Cédula

NIT

Cedula de Extranjería:

Número de documento:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

Correo Electrónico:

### INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA)

Banco Nombre

Código

Sucursal

Ciudad

Tipo de Cuenta: Corriente

Ahorros

Número de Cuenta

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en las páginas, [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com) y [www.segurosdevidadeleestado.com](http://www.segurosdevidadeleestado.com)

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdeleestado.com](mailto:info@segurosdeleestado.com)

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 puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA, IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTÁ PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN, QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACIÓN DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

"En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑÍAS**, acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida. De igual forma, autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑÍAS** y/o sus encargados, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías. Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑÍAS** hasta que sea solicitada la supresión de la información por parte del titular, y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013."

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a **Seguros de Vida del estado S.A.** a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)

QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_

NIT O C.C. No.

DE

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN

NUMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO

NIT. O C.C. No.

DE.

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación

# **ANEXO B**

## **Formulario de Conocimiento del Beneficiario**

### **PERSONA NATURAL**

SARLAFT-002-N



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO

**PERSONA NATURAL**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

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).

<b>CLASE DE VINCULACIÓN</b>				<b>TIPO DE SOLICITUD</b>	
<input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál? _____				<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE:</b>					
BENEFICIARIO - TOMADOR <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				¿Cuál?	
BENEFICIARIO - ASEGURADO <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				_____	

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)				SEXO	
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"/>	
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO	
No DE HIJOS		VIVIENDA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIENE VEHÍCULO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				OCUPACIÓN / OFICIO	
				PROFESIÓN	
TIPO DE ACTIVIDAD		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
				PAÍS	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		CORREO FACEBOOK		TELÉFONO	
				CELULAR	
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA		ÁREA		CARGO	
DIRECCIÓN OFICINA		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
				PAÍS	
				TELÉFONO	
				CELULAR	

**POR SU CARGO O ACTIVIDAD :**

1. ¿ES PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (DECRETO 1674 DE 2016)? SI ☐ NO ☐ 4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_
2. ¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI ☐ NO ☐ 5. ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PPE\*? SI ☐ NO ☐ DILIGENCIE ANEXO 1
3. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI ☐ NO ☐ 6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☐
- INDIQUE: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

<b>2.1. BALANCE</b>		<b>2.2. INGRESOS Y EGRESOS</b>	
TOTAL ACTIVOS (A)	\$ _____	INGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PASIVOS (B)	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____
TOTAL PATRIMONIO (A-B)	\$ _____	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

**2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐

IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál \_\_\_\_\_

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

**ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS**

VÍNCULO/RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

\* **Vínculo/relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil ( hijos adoptivos o padres adoptantes).

\* **Persona Públicamente Expuesta (PPE):** Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 de 2016): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS									
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS									
AÑO	RAMO		COMPAÑÍA		VALOR		INDEMNIZACIÓN		
							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS									
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE):									
5. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN									
Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> y <b>SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.</b> , que en adelante se denominarán <b>LAS ASEGURADORAS</b> , el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a <b>LAS ASEGURADORAS</b> , quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.									
En consecuencia, autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a <b>LAS ASEGURADORAS</b> para:									
a) Realizar el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, prestación de servicios de asistencia, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por <b>LAS ASEGURADORAS</b> . Entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con <b>LAS ASEGURADORAS</b> , tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a <b>LAS ASEGURADORAS</b> a consultar, suministrar y reportar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
b) Realizar el tratamiento de datos sensibles de acuerdo con lo estipulado en el artículo 6° y 7° de la Ley 1581 de 2012, en especial, aquellos datos relacionados con niños, niñas y adolescentes, en el evento que llegue a suministrarlos. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
c) Realizar el tratamiento de mis datos personales para labores de mercadeo, comercialización de seguros y encuestas de servicio. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de LAS ASEGURADORAS, el cual se encuentra publicado en las páginas: <a href="http://www.segurosdelestado.com">www.segurosdelestado.com</a> y <a href="http://www.segurosdevidadelestado.com">www.segurosdevidadelestado.com</a> .									
Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de <b>LAS ASEGURADORAS</b> , ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico <a href="mailto:info@segurosdelestado.com">info@segurosdelestado.com</a> .									
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 <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> y/o <b>SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.</b> , 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.									
6. DOCUMENTOS REQUERIDOS									
1. BENEFICIARIOS					2. APODERADO				
a. Fotocopia del documento de identificación.					a. Fotocopia del documento de identificación.				
b. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.					b. En caso de que el beneficiario se presente a través de apoderado debe anexas poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.				
7. FIRMA Y HUELLA									
DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO									
						<div>HUELLA INDICE DERECHO</div>			
FIRMA DEL BENEFICIARIO									
8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN									
FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	____ : ____	OBSERVACIONES:
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA					CARGO		SUCURSAL		FIRMA

# **ANEXO C**

## **Formulario de Conocimiento del Beneficiario PERSONA JURÍDICA SARLAFT-002-J**



FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO	
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR <b>COMPLETAMENTE</b> DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).								
CLASE DE VINCULACIÓN						TIPO DE SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> OTRO    ¿Cuál? _____						<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN		
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE:								
BENEFICIARIO - TOMADOR <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra						¿Cuál? _____		
BENEFICIARIO - ASEGURADO <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)						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    M		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 DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD : 1. ¿ES PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (DECRETO 1674 DE 2016)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE: _____ 5. ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PPE* ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DILIGENCIE ANEXO 1 6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INDIQUE: _____								
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	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA REPRESENTANTE LEGAL			CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO OFICINA				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL				
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN) SI ES A SU VEZ PERSONA JURÍDICA QUE NO COTIZA EN BOLSA DE VALORES DILIGENCIE ANEXO 2 HASTA RELACIONAR LA (S) PERSONA (S) NATURAL (ES) QUE EJERCEN EL CONTROL.								
No.	TIPO ID	NÚMERO ID	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO		¿COTIZA EN BOLSA DE VALORES?	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PPE* ? SI, ANEXO 1	¿ES SUJETO DE TRIBUTACIÓN EN OTROS PAÍSES? Indique	% PARTICIPACIÓN
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria; P.A. Pasaporte; SEN. Sociedad Extranjera.								
2. INFORMACIÓN FINANCIERA								
2.1. BALANCE					2.2 INGRESOS Y EGRESOS			
TOTAL ACTIVOS (A)		\$ _____			INGRESOS MENSUALES		\$ _____	
TOTAL PASIVOS (B)		\$ _____			EGRESOS MENSUALES		\$ _____	
TOTAL PATRIMONIO (A-B)		\$ _____			OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ _____	
CONCEPTO OTROS INGRESOS		_____						
2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES								
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/>	
				IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	Cuál _____		
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD		
ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS								
VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN
ANEXO 2 - CONOCIMIENTO AMPLIADO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS FINALES								
TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL		% PART.	RAZÓN SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE LA QUE ES ACCIONISTA		NIT	

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS

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

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE):

5. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a **LAS ASEGURADORAS** para:

a) Realizar el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, prestación de servicios de asistencia, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**. Entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar, suministrar y reportar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información. SI ☐ NO ☐

b) Realizar el tratamiento de datos sensibles de acuerdo con lo estipulado en el artículo 6° y 7° de la Ley 1581 de 2012, en especial, aquellos datos relacionados con niños, niñas y adolescentes, en el evento que llegue a suministrarlos. SI ☐ NO ☐

c) Realizar el tratamiento de mis datos personales para labores de mercadeo, comercialización de seguros y encuestas de servicio. SI ☐ NO ☐

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de LAS ASEGURADORAS, el cual se encuentra publicado en las páginas: [www.segurosdelestado.com](#) y [www.segurosdevidadelestado.com](#).

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico [info@segurosdelestado.com](#).

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.

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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.

1. BENEFICIARIOS.

a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).

b. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

2. APODERADO.

a. En caso de que el beneficiario se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

7. 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 BENEFICIARIO

HUELLA INDICE DERECHO

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	_____ : _____	OBSERVACIONES:
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA							CARGO	SUCURSAL	FIRMA

\* **Persona Públicamente Expuesta (PPE):** Personas expuestas políticamente conforme al Decreto 1674 de 2016, representantes legales de organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 de 2016): los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

**Administradores (Ley 222 de 1995, Art 22):** Son administradores, el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones.

**Vinculados:** Personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta en segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las Personas Públicamente Expuestas.

**Nota Interpretativa Recomendación 24 - GAFI:**  
Como parte del proceso para asegurar que exista una transparencia adecuada sobre las personas jurídicas, los países deben contar con mecanismos que o identifiquen y describan los diferentes tipos, formas y características básicas de las personas jurídicas en el país, o identifiquen y describan los procesos para: (i) la creación de esas personas jurídicas, y (ii) la obtención y registro de información básica y sobre el beneficiario final; o pongan a disposición del publico la anterior información; o evalúen los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo asociados a diferentes tipos de personas jurídicas creadas en el país.

SARLAFT-002-J-2018 - V1

DICIEMBRE 2018

## **ANEXO D**

### **FORMATO AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO**



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT: 860.009.578-6

**AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO  
SINIESTROS SOAT**

FECHA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DD MM AAAA

*Diligenciar de manera clara, legible y sin enmendaduras*

PERSONA NATURAL	
Nombre del Beneficiario:	_____
Tipo de documento de identificación: CC CE No.	
Dirección Residencia	_____ Ciudad _____
Teléfonos	_____ Correo Electrónico: _____
Cta. Corriente <input type="checkbox"/> Cta. Ahorro <input type="checkbox"/> No.	_____ Entidad Bancaria _____
<b>INFORMACIÓN PARA TENER EN CUENTA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• El presente formato se debe diligenciar debidamente, con firma y huella.</li><li>• El beneficiario del pago debe ser el titular de la cuenta.</li><li>• Anexar copia del documento de identidad.</li></ul>	

En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LA COMPAÑÍA**, acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información contenida en este documento. De igual forma manifiesto que autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LA COMPAÑÍA y/o Encargados**, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías.

**IMPORTANTE:** Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LA COMPAÑÍA** hasta que el titular solicite supresión de la información y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el decreto Reglamentario 1377 de 2013.

El diligenciamiento de la presente autorización no implica para **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, la aceptación del pago.

\_\_\_\_\_  
Nombre Titular  
C.C. No.

\_\_\_\_\_  
Firma Titular

Huella



Para uso exclusivo de SIS S.A.  
Fecha de verificación:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_