



**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	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? <input type="checkbox"/>				

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 y 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

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



**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.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 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