



No.

FORMULARIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario Apoderado Tutor Curador

Fecha de diligenciamiento

DD

MM

AA

1. Persona Natural

Tipo de documento	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____	DD	MM	AA
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Sexo
F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	Celular	
Soltero <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>			
Dirección de residencia	Ciudad de residencia	Teléfono de residencia	
Profesión	Ocupación / Oficio		
Dependiente	Independiente (Descripción actividad económica)		
Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>			

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social	NIT	E-mail de la empresa	
Dirección oficina principal	Ciudad oficina Ppal.	Teléfono oficina Ppal.	Fax oficina Ppal.
Tipo de empresa	Código CIU	Descripción CIU	
Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>			
Representante Legal Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de documento	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____	DD	MM	AA
Dirección	Ciudad	Teléfono	

3. Información sobre Reclamaciones de Seguros (Personas Naturales y Jurídicas)

Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros respecto de otra compañía aseguradora en los últimos dos años

Año	Ramo o producto	Compañía Aseguradora	Valor reclamado	Recibió pago
	Vida <input type="radio"/> Autos <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Seg. Generales <input type="radio"/> Accidentes <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____			Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
	Vida <input type="radio"/> Autos <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Seg. Generales <input type="radio"/> Accidentes <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____			Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
	Vida <input type="radio"/> Autos <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Seg. Generales <input type="radio"/> Accidentes <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____			Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Indique los vínculos existentes entre quien diligencia este formato y el tomador, asegurado o afianzado del seguro sobre el cual está reclamando.

Familiar Comercial Laboral Ninguno Otro _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Para efectos de la presente autorización, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS) ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C., serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de capitalización y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado, de manera expresa lo siguiente:

1.1 USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Empresarial Bolívar, que tiene como matriz a Sociedades Bolívar S.A, y cuyo listado está disponible en la página web www.sociedadesbolivar.com, opción "Nuestras Compañías". Declaro que, con base en dicho conocimiento, autorizo para que LAS COMPAÑÍAS compartan con dichas empresas y entidades la información personal de contacto y la que sea relevante para las finalidades aquí previstas, que he suministrado.

Si usted no es cliente actual de alguna de las Compañías del Grupo Bolívar y no quiere ser contactado por estas, por favor indíquelo en este espacio: _____

1.2 FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados para las siguientes finalidades:

1.2.1) Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados. **1.2.2)** Ofrecer servicios y productos que las empresas del Grupo Bolívar y las Fundaciones que han adherido a sus principios, prestan y/o suministran y que conforme a su objeto social, pueden complementar el portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial. **1.2.3)** Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. **1.2.4)** Realizar contactos tendientes la realización de investigaciones de mercados, la medición del nivel de satisfacción respecto de los productos y servicios. **1.2.5)** Enviar material publicitario, o promocional sobre los servicios y productos de las Compañías del Grupo y las actividades desarrolladas por las Fundaciones.

1.3 DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas excepto la prevista en el Num.1.2.1 ya que la facultad de revocación no aplica respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido.

Para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a disposición del Titular los siguientes canales de comunicación: Para correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C. Para contacto telefónico: La línea telefónica #322 para llamadas desde celular, la línea 018000 123 322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 312 2122 para llamadas desde Bogotá D.C. Para correo electrónico: servicioalcliente@segurosbolivar.com

1.4 RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del Tratamiento de la información son LAS COMPAÑÍAS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. Los Encargados del Tratamiento de la información serán los terceros que realicen el tratamiento por cuenta del Responsable.

2. AUTORIZACIÓN: Manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales que me fueron recolectados para las finalidades y en los términos aquí indicados.

3. AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE SMS Y MMS: Manifiesto de manera expresa, que AUTORIZO que sea contactados entre otros medios, a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).

4. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE REFERENCIAS: Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar la información por mi suministrada, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Si se actúa en representación de otra persona:

Actúo en representación de _____ con documento de identidad No. _____

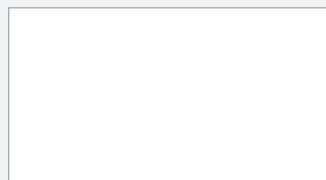
Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento el día _____ de _____ del año 20_____.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

No. DE IDENTIFICACIÓN: _____



Huella índice derecho

No.

Declaro que la información que registro en el presente formulario, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizo a la compañía para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente.

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento el día _____ del mes de _____
del año 20____ en la ciudad de _____.

Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado*, Tutor* ó Curador*

* Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos
	</	

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario	No. de identificación				
Cargo					
Ciudad o localidad de recibo del formulario	Fecha de revisión				
Ramo o producto	No. póliza afectada	No. Reclamo	DD	MM	AA

Firma responsable del recibo y revisión del formulario