



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 C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		No. de documento		Fecha de nacimiento DD MM AA		Lugar de nacimiento	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad	Estado civil	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Dirección de residencia		Ciudad de residencia		
Teléfono residencia	Celular	Correo electrónico					
Ocupación / Oficio	Dependiente Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>		Independiente (Descripción actividad económica)				

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social		NIT		Correo electrónico de la empresa	
Dirección oficina principal		Ciudad oficina Ppal.		Teléfono oficina Ppal.	
Tipo de empresa Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>	Código CIU	Descripción CIU	Nombre completo Representante Legal		
Tipo de documento Representante Legal C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		No. de documento		Fecha de nacimiento DD MM AA	
Dirección		Ciudad		Teléfono	

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

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? ☐ SÍ ☐ NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Indemnización	Reclamación

Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona ☐ SÍ ☐ NO Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente entre ellos: Familiar ☐ Comercial ☐ Laboral ☐ Otra: ¿Cuál? _____

4. Autorización para pago por transferencia

Primera vez <input type="radio"/> Modificación <input type="radio"/>	Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica	
Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.		
Tipo de cuenta Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	Número de cuenta	Nombre Entidad Financiera

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

5. Declaraciones y Autorizaciones del Beneficiario

Yo, _____, identificado(a) con _____ No. _____ de _____, ante **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., Y SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.**, ubicadas en la Avenida el Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica: www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

(1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.

(2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA** (LEY 1266 DE 2008): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.

(3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES** (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPAÑÍAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPAÑÍAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☐ NO ☐

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

(4). **GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☐ NO ☐

(5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día _____ de _____ del año 20____.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de _____ con documento de identidad No. _____.

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	
		DD	MM AA
Ramo o producto	No. póliza afectada	No. Reclamo	

Firma responsable del recibo y revisión del formulario