

**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

RAMO \_\_\_\_\_ PÓLIZA MATRIZ N° \_\_\_\_\_

Fecha de Diligenciamiento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

Tomador \_\_\_\_\_ N.I.T \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_  
 C.C.  C.E.  T.I.  Número: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado \_\_\_\_\_

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

**DERECHO DE ACRECIMIENTO:** SI  NO

| Nombre Del Beneficiario | No. Documento | Tipo Documento* | Parentesco | Porcentaje de participación (Debe sumar 100%) | Dirección y ciudad de residencia (opcional) |
|-------------------------|---------------|-----------------|------------|---|---|
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |

**BENEFICIARIOS CONTINGENTES:** SI  NO

| Nombre Del Beneficiario | No. Documento | Tipo Documento* | Parentesco | Porcentaje de participación (Debe sumar 100%) | Dirección y ciudad de residencia (opcional) |
|-------------------------|---------------|-----------------|------------|---|---|
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |
|                         |               |                 |            |   |   |

\*En el campo "Tipo de Documento" favor indicar: 1. Cedula de ciudadanía. 2. Nit. 3. Cedula de extranjería. 4. Tarjeta de identidad. 5. Número. Único de identificación. 6. Registro civil de nacimiento.

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS EL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**Tratamiento de la información**

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, según la información que aparece al reverso de este documento el cual declaro haber leído y aceptado.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**  
 No. Identificación \_\_\_\_\_

## **POR FAVOR TENGA EN CUENTA**

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envío de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 – 07 en Bogotá, correo electrónico [contáctenos@previsora.gov.co](mailto:contáctenos@previsora.gov.co) , Teléfono 3487555.”