

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 , Teléfono 3487555.”

Nombre: de la póliza : **vida grupo**

Fecha cuando elaboran el Formulario

Ciudad donde labora el Funcionario Titular

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

PREVISORA SEGUROS

Tomador : Consejo Superior de la Judicatura

Datos del Funcionario titular :

- Nombre del asegurado
- Dirección de la residencia del titular
- Cedula

Sucursal: este espacio se deja en blanco

Nit del CSI: 800093816

RAMO: VIDA GRUPO

PÓLIZA MATRIZ N°

Fecha de Diligencia en: Ciudad: Sucursal:

Tomado: NIT:

Nombre del Asegurado Documento de Identidad CC O U E O T O Número

Dirección del Asegurado

En esta primera parte se debe consignar la información del funcionario titular que trabaja en la Rama Judicial (Asegurado), datos del tomador del seguro que en este caso es el CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, fecha en que se diligencia el formato, ciudad y sucursal.

Derecho de Acrecimiento: Condición del o de los beneficiarios, que tendrían derecho al crecimiento de su participación en la indemnización, por el hecho de que alguno o algunos de los demás, no pueden hacer uso de su derecho a la indemnización, por ejemplo, por haber fallecido antes que el funcionario de la Rama Judicial.

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 (entre otros 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

BENEFICIARIOS CONTINGENTES: SI NO

Nombre Del Beneficiario	No. Documento	Tipo Documento*	Parentesco	Porcentaje de participación (entre otros 100%)	Dirección y ciudad de residencia (opcional)

Donde se ingresan los beneficiarios primarios, que siempre debe estar diligenciado **obligatoriamente**

Donde se ingresan los beneficiarios secundarios, aquellos que acceden a la indemnización, en caso tal, de fallecer los primarios. Este espacio, es de carácter **opcional**, por lo tanto, al diligenciar el formulario, este espacio, se puede entregar en blanco.

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

Beneficiario Contingente: Es la persona que el asegurado elige **si lo desea**, cuando falten todos los otros beneficiarios principales o primarios es decir, que ellos recibirán la indemnización, solo si todos los beneficiarios primarios no califican para serlo, o fallecen antes que el asegurado.

En la parte inferior se debe consignar la fecha de radicación del formulario con la firma, huella y cedula del titular del seguro

ESTA DESIGNACIÓN SOLO SERÁ VALIDIA, SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS SUCURSALES DE PREVISORA SEGUROS, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINISTRO. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO ESPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTICULO 1142 DEL C. DE C.O.

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 _____



Es importante colocar la huella del índice derecho para comprobar la autenticidad del titular