



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**
NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
MÉDICOS MODALIDAD OCURRENCIA
Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**
PERSONA NATURAL

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).						
CLASE DE VINCULACIÓN		<input type="checkbox"/> TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA				¿Cuál?
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO						
TOMADOR - ASEGURADO		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra			¿Cuál?	
TOMADOR - BENEFICIARIO		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				
ASEGURADO - BENEFICIARIO		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra				
1. INFORMACIÓN GENERAL						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)					SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No: _____					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
NACIONALIDAD 1		NACIONALIDAD 2		OCUPACIÓN / OFICIO		PROFESIÓN
TIPO DE ACTIVIDAD ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/>						
DIRECCIÓN RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO		CELULAR
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA		CARGO
DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		CIUDAD		TELÉFONO
						FAX
POR SU CARGO O ACTIVIDAD: 1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____ _____		
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____
2. INFORMACIÓN FINANCIERA						
2.1. BALANCE				2.2. INGRESOS Y EGRESOS		
TOTAL ACTIVOS		\$ _____		INGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PASIVOS		\$ _____		EGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PATRIMONIO		\$ _____		OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS						
2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Cuál _____						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS						
RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS						
AÑO	RAMO	AMPARO AFECTADO	COMPAÑÍA	VALOR		INDEMNIZACIÓN
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO				
4.1 INFORMACIÓN TÉCNICA				
RAMO MODALIDAD OCURRENCIA:		RENOVACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS			NÚMERO DE PÓLIZA	
TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS		TIPO DE NEGOCIO		
D D	M M	A A A A	D D	M M
A A A A	100% CIA	<input type="checkbox"/>	COASEGURO	<input type="checkbox"/>
	CEDIDO	<input type="checkbox"/>	ACEPTADO	<input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO		No.CC	DIRECCIÓN	
DIRECCIÓN DEL RIESGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO
4.2. INFORMACION PROFESIONAL				
TITULO PROFESIONAL		OTORGADO POR	FECHA	
ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA: _____		OTRAS ESPECIALIZACIONES: _____		
OTORGADA POR: _____		OTORGADA POR: _____		
NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL.		AÑOS DE EXPERIENCIA		
4.3. ACTIVIDAD PROFESIONAL				
EJERCICIO PRIVADO POR CUENTA PROPIA, SIN RELACIÓN LABORAL CON UNA INSTITUCIÓN DE SALUD O CUALQUIER EMPRESA, SEA PARTICULAR O PÚBLICA: SI ____ NO ____				
EN CASO AFIRMATIVO _____ UBICACIÓN DEL CONSULTORIO: _____				
¿POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS?				
EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DIAGNÓSTICOS		SI ____ NO ____		
EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA		SI ____ NO ____		
EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER)		SI ____ NO ____		
EQUIPO DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPIA		SI ____ NO ____		
EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER		SI ____ NO ____		
EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS PRIMAS REACTIVAS NECESARIAS		SI ____ NO ____		
EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALOJAR A LOS PACIENTES DURANTE UN TRATAMIENTO		SI ____ NO ____	EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ES SOLO AMBULATORIO SI ____ NO ____	
EXISTEN OTROS RIESGOS, TALES COMO LABORATORIOS INDEPENDIENTES, FARMACIAS ETC		EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO		
SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBA DETALLES _____		ARRIBA INDICADO SI ____ NO ____		
PRESTA SUS SERVICIOS PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD O UNA EMPRESA: SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE:				
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____		TIPO DE SERVICIO _____		
FUNCIÓN DEL SOLICITANTE _____				
EJERCICIO PROFESIONAL BAJO RELACIÓN LABORAL CON INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA EMPRESA O CUALQUIER ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA, INCLUYENDO MÉDICOS PARTICULARES:				
SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL EMPLEADOR _____				
UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO _____				
DESCRIPCIÓN DE LAS LABORES QUE DESEMPEÑA EL SOLICITANTE Y SUS FUNCIONES		EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS OCASIONES,		
_____		POR EJEMPLO PROPIO, CONSULTORIO, OTRA CLÍNICA / HOSPITAL, ETC, SI ____ NO ____		
_____		EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBA DETALLES _____		
_____		_____		
_____		_____		
4.4. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO				
¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN JUDICIAL (CONCILIACIÓN O PROCESO) DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS? SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO RELACIONE:				
FECHA	HECHO	TIPO DE SEGURO (PÓLIZA)	AMPARO AFECTADO	VALOR INDEMNIZADO
¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLAS _____				
¿HA TENIDO ALGUNA (S) RECLAMACIÓN (ES) DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS, EN LAS QUE HAYARECONOCIDO A LA VICTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____				

¿HA TENIDO CONTRATO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO INDICAR.				
COMPañÍA DE SEGUROS	VIGENCIA	LÍMITES ASEGURADOS		
¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPañÍA DE SEGUROS? SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____				

OBSERVACIONES

5 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE)

6. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES 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.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA e INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, Intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que **LAS ASEGURADORAS** me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página www.segurosdelestado.com. Igualmente, me comprometo a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del Tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico info@segurosdelestado.com.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1. TOMADOR - ASEGURADO - AFIANZADO

- a. Constancia de ingresos (Honorarios, Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda), o declaración de renta del último periodo gravable (si declara) ó estados financieros.
- b. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

2. INTERMEDIARIOS

- a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

- a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara).

4. BENEFICIARIOS

- a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

- a. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

8. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

FIRMA DEL CLIENTE

9. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA				
¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?				
OBSERVACIONES				
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>				
NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA			CARGO	
CLAVE		INTERMEDIARIO		
SUCURSAL		FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO		

10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA
OBSERVACIONES				
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA			CARGO	
SUCURSAL			FIRMA	