

**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) 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: _____				SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL 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	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES
NACIONALIDAD 1		NACIONALIDAD 2		OCUPACIÓN / OFICIO	
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
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"/>

4. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO									
4.1 INFORMACIÓN TÉCNICA									
RAMO MODALIDAD OCURRENCIA:			RENOVACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			NÚMERO DE PÓLIZA			
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS			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		TELÉFONO.
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 MÉDICA 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 SI ____ NO ____, EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBA DETALLES _____					EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO 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

- 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.
- Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

2. INTERMEDIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

3. PROVEEDORES

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

4. BENEFICIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

- 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

FIRMA DEL CLIENTE

HUELLA

9. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA		FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA						OBSERVACIONES					
¿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					
						NOMBRE DE QUIEN VERIFICA					
						CARGO					
						SUCURSAL					
						FIRMA					