



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO POR RESPONSABILIDAD
ERRORES Y OMISIONES – MISCELÁNEOS**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO
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) .						
ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR LO TANTO PUEDE O NO SER ACEPTADA POR ASEGURADOR. UNA VEZ ANALIZADA LA INFORMACION PROPORCIONADA POR LA COMPAÑIA, EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE PROPONER ALTERNATIVAS DE COBERTURA. UNA VEZ CELEBRADO EL CONTRATO DE SEGURO, ESTE FORMULARIO SE CONVERTIRÁ EN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA. LA VERACIDAD EN LAS DECLARACIONES DEL PROPONENTE SE CONSIDERA ELEMENTO ESENCIAL DE ESTA PROPUESTA, POR LO TANTO ES FUNDAMENTAL QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTA Y COMPLETAMENTE						
1. INFORMACIÓN GENERAL						
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL O NOMBRE DEL SOLICITANTE					NIT	DV
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (CUANDO ES PERSONA JURÍDICA)						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)					SEXO	ESTADO CIVIL
C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ No. _____					F ☐ M ☐	SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ SIN ANIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ ¿CUÁL?					No DE EMPLEADOS:	
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ TRANSPORTE ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ AGRÍCOLA ☐ CIVIL ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ CIU						
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL			CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA En caso de tener mas de una sucursal, anexas documento con información adicional			CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO
DIRECCIÓN RESIDENCIA REPRESENTANTE LEGAL			CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO OFICINA				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN) SI ES A SU VEZ PERSONA JURÍDICA QUE NO COTIZA EN BOLSA DE VALORES DILIGENCIE ANEXO 2 HASTA RELACIONAR LA (S) PERSONA (S) NATURAL (ES) QUE EJERCEN EL CONTROL.						
No.	TIPO ID	NÚMERO ID	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	¿COTIZA EN BOLSA DE VALORES?	¿ES O ESTÁ VINCULADO CON PPE*? SI, ANEXO 1	¿ES SUJETO DE TRIBUTACIÓN EN OTROS PAÍSES? Indique
1				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
2				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
3				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
4				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
5				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
1. Nombres y Localidades de todas las Subsidiarias para las cuales se desea cobertura. Provea por favor el porcentaje propiedad del Solicitante.						
3. Fecha Iniciación Actividades: _____						
4. El Solicitante es: ☐ Corporación ☐ Sociedad ☐ Individual ☐ Otro (describa) _____						
5. ¿La entidad es propiedad de, está controlada por, o afiliada a cualquier otra entidad? ☐ SI ☐ NO En caso de responder Si, de el porcentaje y el nombre de la entidad _____						
6. ¿Ha estado el Solicitante alguna vez involucrado en alguna fusión de empresas, adquisición o consolidación? ☐ SI ☐ NO En caso de responder Si, proporcione información al respecto _____						
Servicios Profesionales						
7. Provea por favor una descripción completa de los servicios profesionales desarrollados por el Solicitante. De ser necesario adjunte hoja por separado.						
8. ¿El Solicitante provee algún servicio/s profesional/es por Internet? ☐ SI ☐ NO						
9. ¿El solicitante provee algún tipo de servicio profesional fuera de en el extranjero? ☐ SI ☐ NO						
10. ¿Alguna de las entidades enumeradas en la Pregunta 4, provee o ha provisto servicios profesionales que no sean los servicios profesionales que están detallados en la Pregunta 7? ☐ SI ☐ NO						
En caso afirmativo por favor explique _____						
11. Durante los últimos cinco años, ¿ha el Solicitante estado ligado con cualquier negocio o servicio profesional que no sea el descrito en la Pregunta 7						

Servicios Profesionales

12. Ingresos Brutos

Año anterior (2 años)	Año anterior (1 año)	Estimado Presente año

13. El Solicitante deberá adjuntar el más reciente de los Reportes Financieros, o el más reciente de los informes financieros auditado, o el informe anual en curso. ¿Declaración Adjuntada?

☐ SI

☐ NO De no estar adjunta, por favor explique en hoja por separado.

14. ¿Se anticipan algunos cambios en la dimensión o naturaleza del negocio del Solicitante para los próximos 12 meses?

☐ SI

☐ NO De ser así, por favor explique

15. Para los Ingresos Brutos indicados en la Pregunta 12., Año anterior (1año) complete lo siguiente. Donde se requieren porcentajes, el total debe llegar al 100%. Indique por favor, cuál de los siguientes ítems está suministrando: ☐ Transacciones, ☐ Proyectos ☐ Compromisos

Servicios Profesionales	Porcentaje de Ingresos Brutos	Cant. De Transacciones/ Proyectos / Compromisos

16. Complete lo siguiente para los 5 mayores clientes del Solicitante:

Cliente	Servicios Profesionales Provistos	Ingresos

Cantidad Total de Clientes:

17. Cantidad de directores, socios, mandatarios, ejecutivos y empleados profesionales

Empleados profesionales son los empleados que desarrollan servicios profesionales en nombre del Solicitante.

18. Cantidad de empleados no-profesionales (administrativos):

19. Número de contratistas independientes que brindan servicios profesionales en nombre del Solicitante:

20. ¿El Solicitante utiliza subcontratistas?

☐ SI

☐ NO

21. ¿Qué porcentaje de los servicios profesionales se subcontrata afuera? %

22. ¿El Solicitante recibe una copia de la póliza de responsabilidad profesional por los errores u omisiones de los contratistas?

☐ SI

☐ NO

23. ¿Los contratos con los subcontratistas tienen acuerdos de inocuidad / inocencia o indemnización cuyo beneficiario sea el Solicitante?

☐ SI

☐ NO

24. ¿El Solicitante requiere que haya un contrato o acuerdo por los servicios con sus clientes?

☐ SI

☐ NO

25. ¿Dichos contratos o acuerdos contienen? (seleccione todo lo que es aplicable):

☐ Acuerdos habituales de Mantenimiento de Inocencia (inocuidad) o de Indemnización (de inmunidad) para beneficio del Solicitante.

☐ Acuerdos habituales de Mantenimiento de Inocencia (inocuidad) o de Indemnización (de inmunidad) para beneficio del Cliente.

☐ Aavales, Garantías o Titularidad de Garantías

☐ Descripción específica de los servicios profesionales que el Solicitante proveerá.

26. ¿El profesional siempre garantiza o avala sus servicios profesionales?

☐ SI

☐ NO Si la respuesta es sí, por favor explique

27. ¿El Solicitante tiene procedimientos que aseguren el cumplimiento de los Estatutos, Regulaciones Nacionales, Provinciales, Departamentales o Locales?

☐ SI

☐ NO

(Si la respuesta es sí, por favor explique)

28. ¿El Solicitante tiene un proceso en curso para manejar y resolver las quejas de los clientes?

☐ SI

☐ NO

(Si la respuesta es sí, por favor explique)

29. ¿El Solicitante tiene algún procedimiento de manejo de riesgos establecido y en uso?

☐ SI

☐ NO

(Si la respuesta es sí, por favor explique)

Información de Seguros

30. Sírvase por favor proveer la siguiente información correspondiente a cualquier Seguro de Responsabilidad por Errores y Omisiones que el Solicitante haya mantenido durante los últimos cinco años.

Período de Póliza	Asegurador	Póliza No.	Límite de Responsabilidad	Retención	Prima

31. ¿En alguna oportunidad se les ha rehusado proveer, cancelado o no renovado algún Seguro por Errores u Omisiones o Seguro de Responsabilidad Profesional?

☐ SI

☐ NO

Si es afirmativo por favor explique.

Información de Reclamos

32. ¿Alguno de los directores, ejecutivos, accionistas, responsables, profesionales o contratados independientes del Solicitante, tiene conocimiento o información de cualquier acto de omisión que pudiera esperarse, razonablemente, diera lugar a la aparición de reclamos?

☐ SI

☐ NO

Si es Sí, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.

33. ¿El Solicitante o cualquiera de sus predecesores en el negocio, subsidiarios o afiliados, o cualesquiera de los accionistas, directores, ejecutivos, socios, empleados profesionales o contratistas independientes ha estado sujeto, alguna vez, a acciones disciplinarias, como resultado del desempeño de sus actividades profesionales?

☐ SI

☐ NO

Si es Sí, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.

34. ¿Durante los últimos cinco años, ha habido reclamos o juicios contra el Solicitante, contra cualesquiera de sus predecesores en los negocios, subsidiarios, afiliados o cualquiera de los capitalistas, directores, ejecutivos o empleados profesionales? Si es SÍ, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.	☐ SÍ ☐ NO
34. La póliza básica por usted solicitada, no cubrirá actos cometidos con antelación a la fecha de entrada en vigencia de dicha Póliza. Si deseara usted obtener una cotización para esos actos previos, ingrese la fecha desde la cuál quiere usted que le sean cubiertos dichos actos: _____ (Note que la cobertura no se aplica a reclamos conocidos o esperados ni para aquellos, que ningún asegurado podría haber previsto.)	
El Solicitante deberá adjuntar muestras de sus materiales de promoción y de los contratos estándar que utiliza. ¿Se adjuntan muestras? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es NO, explique por favor _____	
Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.	
2. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN	
Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades: a) La Gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencia nacional o internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. b) Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas y/o solicitud o reporte del cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a centrales de información y de riesgos. c) Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras. d) Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su prórroga, recordar el vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización. ☐ Sí ☐ No. Será facultativa la autorización de las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menores de edad. Como Titular de mis datos personales tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos, y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com. Los responsables del tratamiento de sus datos son las Aseguradoras. El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son: Oficinas de las Aseguradoras a nivel nacional. Sitio web: A través de las páginas www.segurosdeleestado.com y www.segurosdevidadeleestado.com – Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdeleestado.com	
CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACION De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así: 1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo. 2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s). 3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.	
3. FIRMA Y HUELLA DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE HUELLA INDICE DERECHO	