



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).							
1. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO							
1.1 INFORMACIÓN TÉCNICA							
RAMO PRODUCTO:			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 DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA				NIT O CC.	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL		DOCUMENTO IDENTIDAD REPRESENTANTE LEGAL		TIPO DOCUMENTO IDENTIDAD REPRESENTANTE LEGAL			
NÍVEL DE LA INSTITUCIÓN	NÚMERO DE REGISTRO DE LA SECRETERÍA DE SALUD		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	NÚMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTOS/AMBULATORIOS: _____ HOSPITALIZADOS: _____			
TIPO DE EMPRESA	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	¿CUÁL? _____ No DE EMPLEADOS: _____	
VALOR ASEGURADO SOLICITADO \$ _____ MILLONES POR EVENTO / AÑO							
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA <small>*EN CASO DE TENER MAS SUCURSALES INDICAR EN HOJA ANEXA</small>		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA REPRESENTANTE LEGAL		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO OFICINA			CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL				
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE 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	% PARTICIPACIÓN
1				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
2				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
3				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
4				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
1.2 INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS							
¿SE PRESTAN LOS SERVICIOS MÉDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
¿SE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE Y POST - HOSPITALARIOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
¿SE TRATA DE UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIÁTRICO O DE REPOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
¿SE TRATA DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA? SI _____ NO _____							
OTROS SERVICIOS PRESTADOS:							
Indique la relación por especialidad de talento humano en salud al servicio de la institución, incluyendo personal asistencial, auxiliares, profesionales y especialistas (indistinto del tipo de contrato de vinculación).							
DESCRIPCIÓN			TALENTO HUMANO EN SALUD				
- ANESTESIOLOGOS - GINECOLOGOS - GINECOBETTRAS							
- CIRUGIA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA - ORTOPEDIA, UROLOGIA, OFTALMOLOGIA - ESPECIALISTAS EN CIRUGIA - PEDIATRAS - RADIOLOGIA							
- ENFERMERAS - LABORATORISTA							
- ODONTÓLOGOS - ORTODONCISTAS							
- OTROS MÉDICOS (INDICAR ESPECIALIDAD)			_____				
NÚMERO DE CAMAS/CAMILLAS DISPONIBLES PARA PACIENTES _____			NÚMERO DE SILLAS DE ODONTOLOGIA DISPONIBLES PARA PACIENTES _____				
¿EXISTE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS?							
EQUIPOS DE RADIOLOGÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO		SI _____ NO _____ CUANTOS _____	EQUIPO DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPÉUTICA		SI _____ NO _____ CUANTOS _____		
EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA		SI _____ NO _____ CUANTOS _____	EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER		SI _____ NO _____ CUANTOS _____		
EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR COMPUTADOR (SCANNER)		SI _____ NO _____ CUANTOS _____	EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS				
EQUIPOS DE MEDICINA ALTERNATIVA/ HIPERBARICA		SI _____ NO _____ CUANTOS _____	PRIMAS REACTIVAS NECESARIAS		SI _____ NO _____ CUANTOS _____		

1.3. INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS									
¿EXISTE UN BANCO DE SANGRE? SI ____ NO ____					¿SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES? SI ____ NO ____ EN CASO AFIRMATIVO EN QUE PORCENTAJE _____%				
¿EXISTE FARMACIA PROPIA? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTOS FARMACÉUTICOS TITULADOS _____									
¿EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTOS QUÍMICOS LABORATORISTAS TITULADOS _____									
¿EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULACIAS PROPIAS? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTAS AMBULANCIAS _____									
TIPO DE SERVICIOS PRESTADOS EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA:									
	SI	NO	Número de procedimientos por año (2 años antes del año de la solicitud)	Número de procedimientos por año (inmediatamente anterior al año de la solicitud)		SI	NO	Número de procedimientos por año (2 años antes del año de la solicitud)	Número de procedimientos por año (inmediatamente anterior al año de la solicitud)
Cirugías Generales					Cirugías plásticas estéticas				
Rayos "X"					Cirugías plásticas Reconstructivas				
Cirugías cardiovasculares					Cirugías ortopédicas				
Cirugías neurológicas					Cirugías oftalmológicas				
Hemodiálisis					Enfermedades infecciosas				
Obstetricia					Angioplastias				
Transplantes					Transfusiones				
Cirugías láser					Anestesia				
Servicios de emergencia					Cuidados intensivos para recién nacidos				
Cirugías bariátricas									

1.4. 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

SI HAY MÁS EVENTOS RELACIONARLOS EN HOJA ANEXA

¿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 HAYAN RECONOCIDO A LA VICTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____

¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO INDICAR.

COMPañIA DE SEGUROS	VIGENCIA	LÍMITES ASEGURADOS

¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPañIA DE SEGUROS? SI ____ NO ____ , EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES. _____

OBSERVACIONES

2. DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

- Formulario de conocimiento del cliente - Estados financieros actualizados - Habilitación como prestador de servicios de salud y de todos los servicios que presta - Cámara de comercio no mayor a 30 días

3. 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:

- 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.
- 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.
- Para las demás contempladas en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- 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 Si __ 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.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.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.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com - Contáctenos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.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:

- 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.
- 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).
- 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

4. 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