



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL PARA TALENTO HUMANO EN SALUD**

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 <b>COMPLETAMENTE</b> DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).							
<b>1. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO</b>							
<b>1.1. INFORMACIÓN TÉCNICA</b>							
RAMO: RENOVIACIÓN 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"/>
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	M	SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD		DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL							
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA		CARGO	
DIRECCIÓN OFICINA			CIUDAD		DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO CELULAR
<b>1.2. INFORMACION PROFESIONAL</b>							
TÍTULO PROFESIONAL				OTORGADO POR		FECHA	
ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA: _____				OTRAS ESPECIALIZACIONES: _____			
OTORGADA POR: _____				OTORGADA POR: _____			
NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL.				AÑOS DE EXPRIENCIA			
ESTA PÓLIZA SE REQUIERE PARA LA ACTIVIDAD GLOBAL COMO TALENTO HUMANO EN SALUD O PARA UN CONTRATO ESPECIFICO? EN CASO DE SER PARA UN CONTRATO, ADJUNTAR COPIA DEL MISMO E INDICAR OBJETO: _____							
POSEE CONSULTORIO PROPIO? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR UBICACIÓN:							
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ PREDIO PROPIO O ARRENDADO: _____							
REALIZA TRATAMIENTOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO? SI _____ NO _____ % DENTRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS _____							
<b>1.3. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO</b>							
¿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

### 2. DOCUMENTOS REQUERIDOS DEL CLIENTE

- Formulario de conocimiento del cliente
- Rut actualizado
- Tarjeta profesional y diploma (si estudio en el extranjero, homologación del título profesional)

### 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.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com) y [www.segurosdevidadeleestado.com](http://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](http://www.segurosdeleestado.com) y [www.segurosdevidadeleestado.com](http://www.segurosdevidadeleestado.com) – Contáctenos. Correo electrónico: [info@segurosdeleestado.com](mailto:info@segurosdeleestado.com)

#### CLAUSULA DE DEBER DE INFORMACION

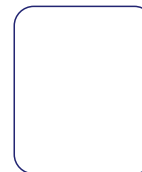
De conformidad con lo establecido por la ley, declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s) así:

- 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