

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

DATOS SOBRE COBERTURA SOLICITADA			
Fecha original de petición de la póliza DD MM AA			
OPCIÓN DE SUMA ASEGURADA	OPCIÓN 1.	OPCIÓN 2.	OPCIÓN 3. _____
Nombre del Proponente:		Apellidos Completos:	
Fecha de nacimiento:		No. De documento:	
Domicilio Particular:		Domicilio Laboral:	
Teléfono:		Teléfono:	Celular:
Universidad en la que se Graduó:		Fecha de Graduación:	
Especialidad:		Año en que fue otorgada la especialización:	
Tiene usted algún entrenamiento médico adicional?		Donde lo obtuvo?	
Cuando lo obtuvo?		Años de Experiencia como profesional:	
No. Matrícula	Fecha	Tipo de matrícula	Completa () Temporal () Limitada ()
Autoridad que la otorgó		Otras Matrículas	
Número de pacientes que atiende anualmente:		Tiene personal auxiliar a su servicio	Si No. Cuantos: _____
CLASIFICACION			
Marque con una X según su especialidad y tipo de contrato con alguna institución.			
Grupo A Médicos bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización			
Grupo B Médicos autorizados para ejercer su profesión dentro de una institución de acuerdo a su especialización.			
Categoría	Especialidad	Grupo A	Grupo B
I	Anestesiólogos – Ginecólogos - Ginecólogos		
II	Especialistas en Cirugía – Ortopedia - Urología - Oftalmología y Radiología		
III	Demás Médicos		
IV	Odontólogos y Ortodoncistas		
VII	Paramédicos y enfermeras - Otros profesionales de la salud		
DECLARACION SOBRE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL			
Enuncie las instituciones clínicas u hospitalarias, donde Ud. es miembro del staff;			
Esta Ud Asociado, de algún modo , a:			
a) Entidad Sanitaria Con camas y comodidades? NO () SI ()		b) Clínica, Banco de Sangre o laboratorio? NO () SI ()	
c) Org. para mantener la salud, obra social, etc., NO () SI ()		d) Esta Ud. Empleado o Contratado? NO () SI ()	
Si la Respuesta es afirmativa, indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el departamento para el que trabaja;			
	Cuantos días trabaja por semana?	Horas por día?	
	Cuantos días trabaja por semana?	Horas por día?	
	Cuantos días trabaja por semana?	Horas por día?	
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS			
Ud. Administra anestesia?			SI () NO ()
Si su respuesta es afirmativa, indique clase de anestesia que utiliza.			
Espinal; SI () NO ()	Caudal; SI () NO ()	General; SI () NO ()	Local; SI () NO ()
Intravenosa Analgésica; SI () NO ()	Otras: _____		
Realiza Ud. Cirugía plástica cosmética?	NO () SI ()	Rinoplastia; NO () SI ()	Liposucción NO () SI ()
Trasplante capilar o sutura de piezas capilares	NO () SI ()	Implantes de siliconas NO () SI ()	NO () SI ()
Blefaroplastia; NO () SI ()	Otras cirugías cosméticas; NO () SI ()		NO () SI ()
En caso afirmativo explique su respuesta;			
OTRA INFORMACION DEL PROFESIONAL			
Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare (incluyendo fechas) en hoja aparte toda la información posible.			
a) ha estado en prisión por algún acto (excepto violación de Tránsito)?			NO () SI ()
b) Ha sido sancionado por algún cuerpo administrativo o asociación profesional?			NO () SI ()
c) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez bajo términos especiales su seguro de RC.P?			NO () SI ()
d) Ha empleado narcóticos u otras drogas psicoactivas que interfieran en su capacidad para realizar su actividad?			NO () SI ()
e) Ha estado en algún programa de rehabilitación debido al uso de drogas u alcohol?			NO () SI ()
f) Conoce hechos o circunstancias que puedan dar lugar a reclamos o juicios por su práctica?			NO () SI ()
g) Ha estado involucrado, directa o indirecta/ o está actual/ en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis?			NO () SI ()

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

DECLARACION DE SEGUROS EXISTENTES		
En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar : NO () SI ()		
Nombre del Asegurador	Vigencia del Seguro?	NO () SI ()
Limites previstos de responsabilidad	Tipo de Cobertura: claims made () Ocuurrence ()	NO () SI ()
CONDICION PARA OTORGAR COBERTURA A ESPECIALISTAS O CIRUJANOS		
<p>En caso tal, que el profesional solicitante del seguro lo haga en calidad de profesional con especialización en algún ramo de la medicina, se requiere el diligenciamiento previo del ANEXO No.1 y adjuntarlo al presente formulario como parte integrante de la solicitud del seguro.</p>		
CONSTANCIA DE ASESORÍA		
<p>Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro. 2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos. 3. El alcance de los servicios de intermediación. 4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009. 5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS). 6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero. 7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido. 8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro. 9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo. <p>El que suscribe, declara y garantiza por el presente que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en las condiciones generales de la póliza y hará nulo el contrato de seguro.</p>		
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		
<p>Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:</p>		
<p>a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<p>Fecha de Diligenciamiento (dd/mm/aaaa) Firma del Profesional</p>		
<p>Requisitos para cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopia legible de la tarjeta profesional o soportes que acredita el título o la especialización. 2. Fotocopia del documento de identificación del profesional. 3. Anexo No. 1 (en los casos que sea necesario). 		

FM-SUSG-15 V2 10/12/2018

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

ANEXO No. 1

DILIGENCIE CADA UNO DE LOS CAMPOS REQUERIDOS SEGÚN SU ESPECIALIDAD

CAMPO PARA CIRUJANOS O ASISTENTES DE CIRUJIA			
Realiza Ud. Alguno de los siguientes procedimientos considerados quirúrgicos?	Como Cirujano		Como asistente
1. Cualquier procedimiento quirúrgico que involucre cortar hacia o dentro del abdomen, caja torácica, cavidad orbital,	NO () SI ()		NO () SI ()
2. Cirugía ortopédica distinta de operaciones Ortopédicas de articulaciones interfalángicas?	NO () SI ()		NO () SI ()
3. Algún tipo de amputación?	NO () SI ()		NO () SI ()
4. Fijaciones metálicas, reducción de fracturas?	NO () SI ()		NO () SI ()
5. Mastectomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
6. Cirugía plástica cosmética.	NO () SI ()		NO () SI ()
7. Cirugía vascular reconstructiva, embolectomía y trombectomía de arterias o venas?	NO () SI ()		NO () SI ()
8. Cirugía oftálmica?.	NO () SI ()		NO () SI ()
9. Mastoidectomía	NO () SI ()		NO () SI ()
10. Operaciones dentro del oído medio o interno?.	NO () SI ()		NO () SI ()
11. Prostatectomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
12. Resecciones nasales o submucosas?	NO () SI ()		NO () SI ()
13. Tiroidectomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
14. Cirugía neurológica?	NO () SI ()		NO () SI ()
15. Procedimientos quirúrgicos sobre lesiones malignas (salvo para diagnostico)	NO () SI ()		NO () SI ()
16. Cualquier corte hacia o sobre el riñón, uréter o vejiga?	NO () SI ()		NO () SI ()
17. Miringotomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
18. Adenoidectomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
19. Amigdalectomía?	NO () SI ()		NO () SI ()
20. Herniorrafia (solamente inguinal o femoral?)	NO () SI ()		NO () SI ()
21. Hemorroidectomía y otros procedimientos limitados al esfínter?	NO () SI ()		NO () SI ()
A continuación indique algún otro procedimiento que Ud. Realice y que sea comúnmente considerado quirúrgico.			
Realiza algunos de los siguiente procedimientos ? (indique si o no)			
Amniocentesis	NO () SI ()	Transplante de órganos	NO () SI ()
Arteriografía	NO () SI ()	Paracentesis	NO () SI ()
Broncoscopia	NO () SI ()	Polipeptomía mediante endoscopia	NO () SI ()
Quimioterapia	NO () SI ()	Diálisis	NO () SI ()
Criocirugía	NO () SI ()	Toracocentesis	NO () SI ()
Abrasión Dérmica	NO () SI ()	Cateterización arterial o cardiaca	NO () SI ()
Endoscopia	NO () SI ()	Terapia quelante	NO () SI ()
Terapia Laser	NO () SI ()	Venografía	NO () SI ()
Mielografía	NO () SI ()		
ESPECIALIDADES			
ANESTESIOLOGIA			
Practica alguna otra especialidad médica o quirúrgica?			NO () SI ()
Describala:			
Emplea o ha asumido tareas de supervisión sobre personal médico?			NO () SI ()
En caso afirmativo, brindar detalles:			
DERMATOLOGIA			
Realiza terapia superficial con rayos X?	NO () SI ()	Realiza Cirugía cosmética?	NO () SI ()
En caso afirmativo especifique:			
OBSTETRAS Y GINECOLOGOS			
Limita sus prácticas solamente a la ginecología?	NO () SI ()	Realiza partos domiciliarios o no hospitalarios?	NO () SI ()
En caso afirmativo, brindar detalles:			
OFTALMOLOGOS			
Realiza cirugía cosmética?			NO () SI ()
En caso afirmativo, brindar detalles:			
OTORRINOLARINGOLOGOS			
Realiza cirugía cosmética?			NO () SI ()
En caso afirmativo, brindar detalles:			

FORMULARIO PARA LA POLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

CIRUJANOS GENERALES, TORACICOS, VASCULARES			
Realiza trasplantes de órganos?			NO () SI ()
Realiza alguna cirugía categorizada como: Cirugía ortopédica?	NO () SI ()	Neurocirugía	NO () SI ()
En caso afirmativo, brindar detalles;			
UROLOGOS			
Realiza implantes de prótesis?	NO () SI ()	Realiza trasplantes de órganos?	NO () SI ()
Realiza cambios de sexo?	NO () SI ()		
En caso afirmativo, brindar detalles;			
CIRUJANOS ORTOPEDICOS Y NEUROLOGICOS			
Realiza los cuidados primarios en traumas especiales e importantes?			
Realiza laminectomías lumbares?	NO () SI ()	Cuantos realiza actualmente?	
Realiza laminectomías cervicales?	NO () SI ()	Cuantos realiza actualmente?	
Realiza artrodecis espinal?	NO () SI ()	Cuantos realiza actualmente?	
Realiza disectomías cervicales anteriores?	NO () SI ()	Cuantos realiza actualmente?	
Realiza implantes articulares?	NO () SI ()		
Realiza cirugía de escoliosis?	NO () SI ()		
Realiza implantes neuroquirúrgicos para tratar el dolor?		NO () SI ()	
Realiza cirugía esterotáxica?	NO () SI ()	Que tipos?	
<p>El que suscribe, declara y garantiza por el presente que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en las condiciones generales de la póliza y hará nulo el contrato de seguro.</p>			
_____ Fecha de Diligenciamiento (dd/mm/aaaa)		_____ Firma del Profesional	

FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE PERSONA NATURAL



NIT. 860.524.654-6

SUSCRIPCIÓN

SINIESTROS

SI USTED ES ASEGURADO, AFIANZADO O BENEFICIARIO, INDIQUE EL VÍNCULO QUE TIENE CON EL TOMADOR LABORAL FAMILIAR COMERCIAL SIN VÍNCULO

DATOS SOLICITANTE PERSONA NATURAL (TOMADOR - ASEGURADO - BENEFICIARIO)

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL: _____ No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DOMICILIO Opcional	NACIONALIDAD			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA	ASALARIADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	SOCIO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>	¿OTRO? <input type="checkbox"/>
DETALLE:						CODIGO CIU (*)

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN (PEP):

1. ¿Es Usted una Persona Políticamente expuesta? SI NO 2. ¿Es Usted PEP de Organizaciones Internacionales? SI NO 3. ¿Es Usted un PEP extranjero? SI NO
4. ¿Es Usted familiar de una PEP? SI NO

En caso de diligenciar Si, por favor detalle sus relacionados:

Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____
Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____
Número de documento _____ Nombre Completo _____ Vínculo con la PEP _____

Nota: Persona Expuesta Políticamente (PEP): I) las personas expuestas políticamente según la definición contemplada en la normatividad vigente y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicionen. II) los representantes legales de organizaciones internacionales y III) las personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país Se entiende por persona expuesta políticamente conforme a la regulación vigente, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (Directores y Gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos.

Vínculo / Relación: I) Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). II) Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente de la PEP), y III) Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).

INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA NATURAL

INGRESO MENSUAL \$	OTROS INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$
TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$		

INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS EN MON. EXTRANJ. <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>						
OTRO <input type="checkbox"/> DETALLE: _____						
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en éste formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Aseguradora para revocar unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

6. Origen de ingresos: De mi actividad económica Otros ¿Cuáles? _____

CONSTANCIA DE ASESORÍA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.
- El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- El alcance de los servicios de intermediación.
- Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.
- La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y GESTIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero, comercial, gestionar la cartera vencida y tratar los datos para desarrollar las actividades propias del contrato de seguro.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMATO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento del cliente no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera el cliente. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción e indemnizaciones y por la manifestación de aceptación del solicitante.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o alquien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para** : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. SI NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI NO

c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI NO

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, las partes manifiestan expresamente el cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos personales garantizando a la Aseguradora que, en el momento de la obtención de los datos, el tomador cumplió con las obligaciones de información y obtención del consentimiento de los artículos 6 y 9 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, así como que la Aseguradora cumple con las obligaciones de seguridad dispuestas en la normativa vigente. Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios el tomador, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Garantizar al asegurado, en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de habeas data;
2. Solicitar y conservar, en las condiciones previstas en la presente ley, copia de la respectiva autorización otorgada por el Asegurado;
3. Garantizar que la información que se suministre a la Aseguradora sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible;
4. Actualizar la información, comunicando de forma oportuna a la Aseguradora, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;
5. Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente a la Aseguradora;
6. Suministrar a la Aseguradora, según el caso, únicamente datos cuyo Tratamiento esté previamente autorizado de conformidad con lo previsto en la presente ley;
7. Exigir a la Aseguradora en todo momento, el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información del Asegurado.

Para el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios la Aseguradora, cumplirá las siguientes obligaciones:

1. Solo tratará los datos personales a los que tenga acceso de conformidad con las instrucciones que le imparta el Tomador de conformidad con sus Políticas de tratamiento de datos personales.
2. La finalidad con la que tratará los datos será la señalada por el Tomador y en todo caso será la compatible con la actividad aseguradora, entendiéndose como el proceso de suscripción, recaudo e indemnización.
3. La Aseguradora, así como todo el personal a su disposición tratarán con CONFIDENCIALIDAD la información personal conocida durante la ejecución del contrato de seguro.
4. Instruir e impartir a todo su personal dependiente que desempeñen funciones relacionadas con el uso de los datos personales, instrucciones precisas sobre los procedimientos y las medidas de índole técnica, administrativa y organizacional, así como las obligaciones como encargados del tratamiento, realizando la adecuada sensibilización en el personal sobre seguridad de la información y el derecho de protección de datos personales de los Asegurados.

Parágrafo: Para el caso de los Contratos de Seguros en Pólizas colectivas, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. actuará como encargado de la información y/o los datos del grupo asegurado, suministrados por el tomador de la póliza, quien actuará como responsable de la información.

Parágrafo 2: De acuerdo con las instrucciones del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo en adelante SARLAFT, que implementó la Aseguradora; como tomador de la póliza manifiesto que por la forma de comercializar el producto, no es posible entregar los formularios de conocimiento de los asegurados, en cuyo caso tal información la Aseguradora la recaudará en el momento de la presentación de la reclamación. (Solo Aplica para PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES).

ACEPTACIÓN DE USO DE FIRMA ELECTRÓNICA O DIGITAL

Convengo con la Aseguradora que a partir de la presente fecha, si realizo operaciones electrónicas referentes a los contratos con los que me encuentro vinculado, o autorizo o genero cualquier comunicación, documento, orden u otra actuación con mi firma electrónica o digital, cada documento que genere, operación que realice, firme, valide, ordene o autorice, será vinculante y que la firma electrónica o digital, sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma física y reconozco que tales actuaciones, documentos, órdenes u operaciones, tienen todos los efectos jurídicos.

Autorizo, para que la firma electrónica o digital sea almacenada, conservada y consultada con la finalidad de verificar su autenticidad. Hago constar que fui informado que la captura de la firma será almacenada en una base de datos de la Aseguradora y recuperada cada vez que realice o autorice una transacción, genere un documento u orden. Reconozco como efectivamente realizadas de manera personal o bajo mi control y responsabilidad cualquier documento u orden que aparezca con mi firma electrónica o digital capturada y almacenada por la Aseguradora.

Se conviene igualmente que mi firma electrónica o digital es personal, confidencial e intransferible por lo cual me obligo a:

- 1) mantener el control y la custodia de ella y de los actos de creación de la firma;
- 2) actuar con la máxima diligencia para evitar la utilización no autorizada de esta y de mis datos de creación, asumiendo las consecuencias de cualquier falla;
- 3) informar cualquier situación anormal que se presente;
- 4) utilizar la firma únicamente para los usos y conforme a las condiciones convenidas con la Aseguradora;
- 5) a solicitar la revocación de la firma frente a cualquier situación que se presente y que pueda afectar la seguridad a los instrumentos de firmas o las operaciones.

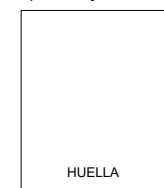
Todo lo aquí convenido estará vigente y producirá los efectos correspondientes frente a todas las operaciones o documentos que firme u ordene según el caso, mientras tenga la calidad de cliente de la Aseguradora.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

NOMBRE

FIRMA
C.C.



OBSERVACIÓN HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO

San Jose de Cúcuta, 09 de noviembre de 2022

Señores
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Ciudad

ASUNTO: Solicitud expedición póliza de seguro de
Responsabilidad profesional para **MEDICO GENERAL**

De acuerdo a cotización presentada por ustedes, autorizo la expedición de la póliza de Seguro de Responsabilidad Civil para profesional en **MEDICO GENERAL** para la vigencia a partir del **09 de noviembre de 2022**, y con valor asegurado de \$ **200.000.000**

Así mismo nos permitimos informar que a la fecha de la firma de la presente comunicación, no ha sufrido cambios la información suministrada en el formulario de la solicitud de fecha **09 de noviembre de 2022** y tampoco se conoce de ningún siniestro, ni hechos o circunstancias que pudieran afectar la cobertura de la póliza a contratar.

Igualmente informamos que no tenemos conocimiento de la existencia de la reclamación y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de historias clínicas) o de situación alguna que pudiese genera un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados a la aseguradora para su evaluación, contenidos en los últimos 5 años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del asegurador.

Muchas gracias por su atención.

Cordialmente:

Firma
C.C