



# FORMATO SOLICITUD PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día | Mes | Año

## Información Personal

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  C.C.  C.E.  PAS N° de Identificación: \_\_\_\_\_ Lugar de expedición: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero  Casado  Unión libre  Separado  Viudo

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono de residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono consultorio: \_\_\_\_\_

Envío de correspondencia: Residencia  Consultorio  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Denominación Título Profesional: \_\_\_\_\_ Año otorgamiento: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Años efectivos de experiencia: \_\_\_\_\_ Registro Profesional: \_\_\_\_\_

Otros estudios: Especialización  Maestría  Doctorado  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Empresa donde labora o actividad económica que realiza (Colsanitas, Medisanitas, EPS Sanitas): \_\_\_\_\_

## Valor asegurado

**Nota:** Los valores asegurados se encuentran establecidos en S.M.M.L.V de acuerdo con las directrices de Keraltly y acorde con la especialidad del profesional.

Valor cobertura: \$ \_\_\_\_\_

## Información general

¿Ha tenido en los últimos (5) años alguna reclamación de Responsabilidad Civil Profesional? SI  NO

Si la respuesta es SI, por favor detalle: \_\_\_\_\_

¿Sabe sí a la fecha ha producido cualquier evento que podría comprometer su Responsabilidad Civil? SI  NO

Si la respuesta es SI, por favor detalle: \_\_\_\_\_

**Nota:** Todos los documentos son de carácter obligatorio para realizar la expedición de la póliza. Esta solicitud hace parte del convenio con la aseguradora cuyas condiciones conozco y acepto en todas sus partes.

## Protección de datos personales

### Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de eneficios de interés para los asociados. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: cps\_sanitas@colsanitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A - 70 Of. 501.

## Registro de firma

Autorizo a mi pagador y/o empleador para que descuente de mis prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) el valor de esta póliza.

Con mi firma acepto expresamente las condiciones descritas en este formulario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma solicitante: \_\_\_\_\_

C.C.,C.E. ó PAS No.: \_\_\_\_\_

## Campo exclusivo CPS

Nombre del asesor que realizó la solicitud: \_\_\_\_\_