

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y OTRAS PROFESIONES DEL SECTOR SALUD**

Favor responder cada una de las preguntas y si el espacio es insuficiente hacerlo en hojas separadas indicando la pregunta.

**SECCIÓN I.- DATOS GENERALES**

Apellidos, Nombres: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/aa)

Sexo:  Femenino  Masculino

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Unión de Hecho

Tipo de documento:  Cédula de identidad  Pasaporte Número: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Referencia de la dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Consultorio: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_

Referencia de la dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_

Lugar donde desea recibir la correspondencia:  Consultorio  Domicilio

Año de finalización de estudios: \_\_\_\_\_ (aaaa)

Ocupación: \_\_\_\_\_

Diploma(s) / Institución que los otorgó:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabaja de forma independiente:  Si  No

¿Si no, bajo qué forma de asociación ejerce?

---

---

---

**SECCIÓN II.- INDICACIÓN DEL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZA:**

(Marque todas las operaciones que correspondan a su situación)

**CLASE 1.- UNICAMENTE CONSULTAS:**

Únicamente para consultas con fines de proveer un diagnóstico clínico y que no realice ninguna clase de cirugía (mayor o menos) o ningún proceso invasivo (mayor o menor): si  no

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergología            | <input type="checkbox"/> Fisiatría         | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear        | <input type="checkbox"/> Odontología          | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Física |
| <input type="checkbox"/> Andrología             | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Medicina Ocupacional    | <input type="checkbox"/> Oncología            | <input type="checkbox"/> Reumatología          |
| <input type="checkbox"/> Cardiología            | <input type="checkbox"/> Genética          | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva     | <input type="checkbox"/> Ortopedia            | <input type="checkbox"/> Salud Pública         |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica         | <input type="checkbox"/> Geriatria         | <input type="checkbox"/> Medicina Rural          | <input type="checkbox"/> Osteología           | <input type="checkbox"/> Urología              |
| <input type="checkbox"/> Citodiagnóstico        | <input type="checkbox"/> Ginecología       | <input type="checkbox"/> Nefrología              | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Vascular              |
| <input type="checkbox"/> Dermatología           | <input type="checkbox"/> Hematología       | <input type="checkbox"/> Neumología              | <input type="checkbox"/> Patología            |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetología           | <input type="checkbox"/> Homeopatía        | <input type="checkbox"/> Neurología              | <input type="checkbox"/> Pediatría            |  |
| <input type="checkbox"/> Ecografía              | <input type="checkbox"/> Infectología      | <input type="checkbox"/> Nutrición               | <input type="checkbox"/> Psicoanálisis        |  |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología         | <input type="checkbox"/> Medicina Forense  | <input type="checkbox"/> Obstetricia             | <input type="checkbox"/> Psiquiatría          |  |
| <input type="checkbox"/> Farmacología           | <input type="checkbox"/> Medicina Legal    | <input type="checkbox"/> Obstetricia/Ginecología | <input type="checkbox"/> Radiología           |  |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique _____ |  |  |   |  |

**CLASE 2.- CIRUGÍA MENOR:**

Cirugía menor Cardiovascular     Cirugía menor Ginecología     Cirugía menor Nefrología     Cirugía menor de patología     Odontólogo sin cirugía maxilofacial pero que realiza implante

Cirugía menor Dermatología     Cirugía menor Hematológica     Cirugía menor neurológica Incluyendo de niños     Cirugía menor pediátrica

Cirugía menor Diabetes     Cirugía menor de enfermedades infecciosas     Cirugía menor Oftalmológica     Cirugía menor con radiología- diagnóstica

Cirugía menor Endocrinología     Cirugía menor de medicina interna     Cirugía menor ortopédicarinológica     Cirugía menor Rinológica

Cirugía menor Gastroenterología     Cirugía menor laringológica     Cirugía menor otológica     Medicina de cuidados intensivos (terapia intensiva y/o unidad Coronaria)

Cirugía menor Geriátrica     Cirugía menor de enfermedades Neo plásticas     Cirugía menor otorrinolaringológica     Neonatología- sin cirugía

Otra especifique \_\_\_\_\_

**CLASE 3.- PROCEDIMIENTOS POCO INVASIVOS**

Colonoscopia     Laparoscopia (peritonooscopia)     Dilatación esofágica neumática o mecánica (sin catéter ni oliva)

Colangiopancreatografía Retrógrada endoscópica     Biopsia por punción (incluyendo pulmón y próstata pero no hígado Riñón, ni médula ósea)     Inyecciones de sustancia de contraste o radiopaca

Otra especifique \_\_\_\_\_

**CLASE 4.- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS IMPORTANTES**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angiografía            | <input type="checkbox"/> Esofagogastroscofia | <input type="checkbox"/> linfangigrafía      | <input type="checkbox"/> Terapia radiante |
| <input type="checkbox"/> Arteriografía          | <input type="checkbox"/> Hemodinámica        | <input type="checkbox"/> Mielografía         | <input type="checkbox"/> Terapia de shock |
| <input type="checkbox"/> Broncofibroscopia      | <input type="checkbox"/> Discografía         | <input type="checkbox"/> Flegografía         |   |
| <input type="checkbox"/> CAT eterización        | <input type="checkbox"/> Terapia láser       | <input type="checkbox"/> Neumoencefalografía |   |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique _____ |  |  |   |

**CLASE 5.- CIRUGÍA DE:**

- |   |  |                                     |                                       |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colon y recto  | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Neoplastia | <input type="checkbox"/> Oftalmología |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Geriatria         | <input type="checkbox"/> Nefrología | <input type="checkbox"/> Urología     |

**CLASE 6.- CIRUGÍA DE:**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina de emergencia<br>(Emergentología)- sin cirugía<br>Importante | <input type="checkbox"/> Laringología                   | <input type="checkbox"/> Cirugía otológica                | <input type="checkbox"/> Cirugía rinológica |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de practicante<br>General o de familia                        | <input type="checkbox"/> Cirugía oral o<br>maxilofacial | <input type="checkbox"/> Cirugía<br>otorrinolaringológica |   |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique _____  |   |   |   |

**CLASE 7.- CIRUGÍA DE:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina de emergencia<br>(Emergentología)- sin cirugía<br>Importante | <input type="checkbox"/> Cirugía dermatológica                    | <input type="checkbox"/> Cirugía de cabeza y<br>cuello            |
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal   | <input type="checkbox"/> Cirugía general (sin otra clasificación) | <input type="checkbox"/> Cirugía neonatológica                    |
| <input type="checkbox"/> Laparotomía   | <input type="checkbox"/> Cirugía ginecológica                     | <input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica                       |
| <input type="checkbox"/> Anestesiología  | <input type="checkbox"/> Cirugía de mano                          | <input type="checkbox"/> Cirugía plástica<br>Otorrinolaringología |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique _____  |   |   |

**CLASE 8.- CIRUGÍA DE:**

- Cirugía Cardíaca     Cirugía torácica     Cirugía flobológica     Cirugía obstétrica
- Cirugía Cardiovascular     Cirugía traumatológica     Cirugía neurológica  
Incluyendo la de niños
- Cirugía ortopédica     Cirugía vascular     Cirugía obstétrica y ginecológica
- Otra especifique \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III.- SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL**

¿Está/estuvo ya asegurado? \_\_\_\_\_  SI     NO

¿Si si, cuándo y con qué compañía? \_\_\_\_\_

¿Ya fue cancelada su póliza?

Fecha de cancelación: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

¿Ya se le declinó, rechazó un seguro similar?  SI     NO

¿Se le aceptó dar con aplicación de una franquicia o de una cláusula restrictiva?  SI     NO

Si si, indicar el nombre de la compañía. \_\_\_\_\_

Motivo del rechazo (confidencial) \_\_\_\_\_

¿Ya tuvo siniestros implicando su responsabilidad civil profesional?  SI     NO

Si si, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Monto del siniestro (confidencial):    USD \_\_\_\_\_

Circunstancias (confidencial): \_\_\_\_\_

¿Ya presentó una declaración de siniestro eventual a alguna compañía?  SI     NO

Si si, dar detalles (confidencial): \_\_\_\_\_

¿Ya fue objeto de demandas judiciales, fue condenado o recibió reivindicaciones

Estrictas a consecuencia de actividades profesionales?  SI     NO

Si si, dar detalles (confidencial) \_\_\_\_\_

¿Ha sido sancionado a raíz de aspectos técnicos de su actividad

Profesional (retiro de licencia, multas u otro tipo de sanción)?

SI

NO

Si si, dar detalles. \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN IV.- DECLARACIONES**

El suscrito informará a la Compañía inmediatamente de cualquier cambio de sus actividades que modifica el riesgo asegurado. De no hacerlo, la cobertura cesará desde el momento en que cambia su actividad.

El suscrito declara que todas las respuestas que constan en esta solicitud son exactas, indican la verdad, solamente la verdad y nada más que la verdad. Las declaraciones que anteceden forman parte integrante de la Póliza.

Concedor de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía, en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Concedor de las disposiciones de la Ley de Prevención, de Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha autorización a autoridades competentes, a, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

**FIRMADO EN:** \_\_\_\_\_ **EL** \_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_ **DEL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**NOTA:** La presente solicitud fue aprobada por la Superintendencia de Bancos y Seguros, mediante resolución No. SBS-INSP-2014-097, registro No. 37036 del 06 de mayo de 2014.