

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

CLASE 7.- CIRUGÍA DE:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina de emergencia
(Emergentología)- sin cirugía
Importante | <input type="checkbox"/> Cirugía dermatológica | <input type="checkbox"/> Cirugía de cabeza y
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
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.