

# Formulario



CHUBB®

Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

## Formulario de Solicitud de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la compañía, el asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza. La veracidad en las declaraciones del proponente se considera elemento esencial de esta propuesta, por lo tanto es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

Datos del Asegurado			
Nombre:			DNI:
Dirección:			
Ciudad:	Departamento:		
E-mail:			Teléfono:

Datos sobre el riesgo	
Especialidad médica ejercida:	
Universidad donde realizó sus estudios:	Año de titulación:
¿Realiza actualizaciones constantes?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ejemplos:

Servicios médicos profesionales	
Tipo de institución donde presta sus servicios: Privada: <input type="checkbox"/> Pública: <input type="checkbox"/> Práctica privada personal: <input type="checkbox"/>	
Otra:	
Número de Pacientes atendidos por año:	Porcentaje por tipo de atención: Consulta: % Cirugías: % Partos: %
Número de empleados bajo su supervisión: Enfermeras:	Técnicos: Auxiliares:
Empleados no profesionales:	
Sus empleados reciben capacitación: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
La capacitación es proporcionada por una Institución calificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Documentación y control	
Sus recetas son realizadas: A mano: <input type="checkbox"/> Impresas: <input type="checkbox"/>	
¿Mantiene Ud. una copia de las recetas que elabora?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se documenta la historia clínica del Paciente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En su caso, se almacena en un archivo: Físico: <input type="checkbox"/> Digitalizado: <input type="checkbox"/>	
En su caso, durante cuánto tiempo almacena Ud. los expedientes médicos / historia clínica de sus Pacientes:	

## Siniestralidad

	SI	NO
Existen actualmente Reclamaciones abiertas presentadas en contra del Solicitante derivadas de la prestación de Servicios Médicos Profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra del Solicitante por la prestación de Servicios Médicos Profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento el Solicitante de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una Reclamación por daños causados a un Paciente por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El Solicitante ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de se haya respondido "SI" a cualquiera de los puntos anteriores, favor de brindar información detallada conteniendo al menos:

Nombre del Paciente, Año de ocurrencia del incidente reclamado, Información detallada de la Reclamación, Estatus actual (pendiente / cerrado), Valor de la Indemnización / pena criminal sentenciada.

## Seguros

Fecha en la que adquirió por primera vez sin interrupción una póliza de RC Profesional Médica: Primera vez <input type="checkbox"/>	
¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Límite Actual :	Límite Solicitado :

Con respecto la cobertura del seguro para Responsabilidad Civil Profesional de Médicos o seguros similares, por favor provea una historia de pólizas vigentes en el pasado:

Compañía de Seguros	Vigencia de la Póliza	Límite de Responsabilidad	Deducibles	Prima por el periodo

### NOTA

El abajo firmante declara que todas las afirmaciones e informaciones aportadas en la presente solicitud son verdaderas. La firma de la solicitud no compromete al firmante a formalizar el seguro, pero se acuerda por la presente que esta solicitud será la base del contrato si se emite una póliza y que la presente solicitud se considerará parte de la póliza emitida. El abajo firmante declara que ninguna persona o entidad para la que se solicita cobertura del seguro conoce ningún hecho, circunstancia o situación distintos de los declarados en esta solicitud que indique la posibilidad de un reclamo que pudiera estar cubierto por el seguro solicitado. Se acuerda y queda entendido por el presente que, en caso de que antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza haya algún cambio sustancial en las respuestas a las preguntas contenidas en la presente solicitud, el solicitante lo notificará al asegurador, quien podrá, según su criterio, modificar o retirar cualquier cotización previa. El asegurador queda autorizado a hacer cualquier investigación o preguntas en conexión con esta solicitud en la medida en que lo estime necesario. Queda garantizado que la información y declaraciones contenidas en la presente solicitud para la póliza y cualquier material que la acompañe (los cuales serán archivados por el asegurador y serán considerados parte de la solicitud, como si la integraran físicamente) son la base para la póliza y serán considerados incorporados a ella y parte de la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

