

# Formulario

CHUBB®

Responsabilidad Civil Profesional de Médicos



**Formulario de Solicitud de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Hospitales, Clínicas, Laboratorios y demás instituciones prestadoras de servicios médicos profesionales**

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por la aseguradora, una vez analizados los antecedentes proporcionados por el representante de la institución médica. La aseguradora se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura; por lo tanto, es posible que la aceptación difiera parcialmente con los términos de la solicitud.

Celebrado el contrato de seguro, esta propuesta se convertirá en parte integral de la póliza. La veracidad en las declaraciones del representante de la institución médica se considerará elemento esencial de la propuesta, en consecuencia es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

**Sección 1**

Información General	
1. Nombre de la Institución médica:	
2. Nombre del representante legal:	
3. Dirección principal:	Departamento:
4. Teléfono:	E-mail/Sitio web:
5. Fecha de inicio de actividades:	

6. ¿Se ha alterado su denominación social durante los últimos cinco años? En caso afirmativo, favor de proporcionar detalles:

NO

SI  Detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Servicios médicos profesionales**

7. Favor de indicar todas las ubicaciones con instalaciones médicas con las que cuenta la institución:

Nombre / Denominación	Dirección

8. Nombres completos de los Directores Médicos de la Institución, indicar número de Cédula Profesional y favor de anexar currículum de cada uno:

Nombre Completo	Número de colegiatura	DNI

9. Naturaleza jurídica de la Institución Médica:

Pública	<input type="checkbox"/>
Privada	<input type="checkbox"/>
Convenios/Planes de salud	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):	

10. Tipo de institución médica por servicios prestados:

Hospital General	<input type="checkbox"/>
Hospital Especializado	<input type="checkbox"/>
Clínica Especializada	<input type="checkbox"/>
Clínica Ambulatoria especializada	<input type="checkbox"/>
Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Banco de sangre	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Domiciliario	<input type="checkbox"/>
Transporte de pacientes	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):	

11. Número de personas físicas Prestadoras de Servicios Médicos Profesionales que prestan sus servicios en las ubicaciones de la Institución Médica:

	Empleados directamente	Por honorarios / Tercero Empleador
Médicos		
Odontólogos / Dentistas		
Enfermeras		
Técnicos		
Auxiliares / Otros		
Residentes		
<b>TOTAL</b>		

12. Número de camas:

Reguladores	
De maternidad	
De cuidados intensivos	
Clínicas / Otras	
<b>TOTAL</b>	

13. Número de pacientes atendidos por año:

Internamiento médico	
Cirugías	
Partos	
Ambulatorios	
<b>TOTAL</b>	

14. Tipo de servicios prestados en la institución médica:

	SÍ	NO	Número de procedimientos por año
Cirugías Generales			
Cirugías bariátricas **			
Cirugías plásticas			
Cirugías ortopédicas			
Cirugías oftalmológicas			
Cirugías cardiovasculares			
Cirugías neurológicas			
Obstetricia **			
Cuidados intensivos para recién nacidos			
Cirugías láser			
Angioplastias			
Trasplantes			
Hemodiálisis			
Enfermedades infecciosas			
Servicios de emergencia			
Transfusiones			
Anestias			
Rayos "X"			

(\*\* Favor de contestar sección adicional en página 10)

15. Servicios de seguimiento post-cirugía prestado por la institución médica:

	SI	NO
Atención a clientes (quejas)		
Nutrición		
Apoyo psicológico		
Servicios domiciliarios		
Otros (especificar):		

16. ¿Cuál es la tasa de infección hospitalaria que ha experimentado en los últimos tres años? Tomar en cuenta el número total de episodios en dicho periodo (altas, muertes, salidas, traslados)

---



---



---

### Documentación y Control

17. Expedientes:

	SI	NO
17.1 Las recetas médicas son digitalizadas y son firmadas por el Médico que las realiza		
17.2 Las recetas médicas son por escrito y son firmadas por el Médico que las realiza		
17.3 Las órdenes de admisión y formularios correspondientes permiten la anotación de indicaciones para cuidados especiales		
17.4 Existe un software especializado para la administración del banco de datos de información médica de los Pacientes		
17.5 Se archiva la información del Paciente en una base de datos única		
17.6 El expediente médico e información del Paciente son almacenados electrónicamente		
17.7 El expediente médico e información del Paciente son almacenados físicamente en papel		
17.8 Se toman medidas para salvaguardar la privacidad de la información		
17.9 ¿Durante cuánto tiempo se almacena la información médica del Paciente?		

18. Proceso de selección de Prestadores de Servicios Médicos Profesionales:

	SI	NO
18.1 Se realiza una entrevista a los candidatos que pretendan brindar sus Servicios Médicos Profesionales en la Institución Médica		
18.2 Se realiza una comprobación de la información/antecedentes proporcionados por el candidato incluyendo historia de siniestros		
18.3 Se aplica el mismo proceso para la contratación de técnicos y/o auxiliares y/o residentes		
18.4 Se aplica el mismo proceso para la contratación de personal de limpieza, seguridad, mantenimiento, etc.		

\* Favor utilizar las hojas anexas para describir ampliamente el proceso para cualquier tipo de Prestador de Servicios Médicos Profesionales (doctores, enfermeras, técnicos, etc.)

19. Auditorías con relación a la prestación de servicios médicos:

	SI	NO
19.1 Se realizan auditorías internas a los procesos y estado general de la Institución Médica		
19.1.2 ¿Con qué periodicidad?		
19.2 Se realizan auditorías externas a los procesos y estado general de la Institución Médica		
19.2.1 ¿Con qué periodicidad?		

20. Favor de especificar si dentro de la Institución Médica se tienen establecidas cualquiera de los Comités Médicos mencionadas a continuación:

	SI	NO
20.1 De control de infecciones hospitalarias		
20.2 De ética médica		
20.3 De control de accidentes		
20.4 De investigación epidemiológica		
20.5 Otras (especificar):		



## Siniestralidad

### 23. Reclamaciones:

	SI	NO
23.1 Existen actualmente Reclamaciones abiertas presentadas en contra de la Institución Médica derivadas de la prestación de Servicios Médicos Profesionales		
23.2 Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra de la Institución Médica por la prestación de Servicios Médicos Profesionales		
23.3 ¿Se tiene conocimiento de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una Reclamación por daños causados a un Paciente por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		
23.4 ¿La Institución Médica o cualquier dueño, socio, empleado o funcionario actual ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		

En caso se haya respondido "SI" a cualquiera de los puntos de la pregunta anterior (23), favor de brindar información detallada en las hojas extras al final del presente Formulario que incluya:

- 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

## Administración de riesgos

24. ¿Se cuenta con un responsable de la Administración de Riesgos?

NO

SI  Describir brevemente las funciones:

---

---

---

---

---

25. ¿Se realizan expedientes en caso de la ocurrencia de algún incidente que pueda dar lugar a una Reclamación?

NO

SI

26. En caso de contar con un programa para la Administración de Riesgos, favor de marcar cuáles de los siguientes puntos se contempla en el mismo:

	SI	NO
Difusión interna de prácticas y políticas escritas para la reducción de riesgos		
Control de expedientes médicos, incluyendo políticas claras para su creación		
Revisión anual de planes de administración de riesgos		
Relación a detalle de los incidentes que se llegan a presentar		
Revisión de reclamaciones presentadas para la posterior implantación de medidas correctivas		
Se cuenta con un medio claro y conocido por los empleados para denunciar a la administración un posible incidente		
Programas de entrenamiento de emergencias médicas		
Programas de mejora de calidad en los servicios		
Cuestionamiento a profundidad de Pacientes		
Comités de Administración de Riesgos		
Evaluación de contratos realizados		
Otros (especificar):		

27. ¿Se exige un seguro de Responsabilidad Civil Profesional a los prestadores de servicios clínicos en la Institución Médica?

NO

SI  Límite de Responsabilidad solicitado: \_\_\_\_\_

28. ¿Los contratos celebrados con otras entidades poseen cláusulas de responsabilidades?

NO

SI

## Información de seguros

### 29. Límites de Cobertura:

Se recomienda señalar al menos tres alternativas de Límites de Responsabilidad:

Opción	Límite de responsabilidad
1	\$
2	\$
3	\$

30. Vigencia anual deseada: Del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_

31. ¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior?

NO

SI  Especificar fecha: \_\_\_\_\_

32. ¿Le ha sido rechazada alguna solicitud para u seguro similar en el pasado?

NO

SI  Detalles (aseguradora, fecha, motivo del rechazo): \_\_\_\_\_

33. 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 período

34. ¿Con respecto a Seguros previamente contratados, alguno de ellos ha sido cancelado o revocado?

NO

SI  Detalles (aseguradora, fecha, motivos de la cancelación): \_\_\_\_\_

## Sección 2

### Información complementaria a llenar solamente cuando se aplicable a la institución médica

35. Favor de confirmar si la Institución Médica realiza cualquiera de las siguientes actividades, en caso afirmativo, favor de proseguir con las siguientes preguntas de esta Sección:

	SI	NO
Obstetricia		
Cirugías bariátricas		
Bancos de sangre (manejo de sangre)		
Transporte de pacientes		
Tratamiento domiciliario		

### Obstetricia

36. ¿Cuál de las siguientes personas cuentan con privilegios para recibir al recién nacido?

	SI	NO
Médico		
Enfermera certificada		
Asistente médico		
Familiar del recién nacido		
Otros:		

37. ¿Se realiza monitoreo electrónico al feto a todos los Pacientes en labor de Parto?

NO

SI

38. ¿Los medicamentos para inducir el parto solamente son administrados por el Médico?

NO  ¿Quién más? \_\_\_\_\_

SI

39. Número de partos por cesárea al año: \_\_\_\_\_

40. Número de partos naturales al año: \_\_\_\_\_

41. ¿Se realizan mediciones de bilirrubina a todos los neonatos previo al parto?

NO

SI

### Cirugías Bariátricas

42. ¿Se realizan cirugías bariátricas a Pacientes menores de 18 años?

NO

SI

43. ¿Se exigen programas de seguimiento médico a Pacientes de cirugías bariátricas?

NO

SI

44. ¿Existen equipo multidisciplinarios para el seguimiento médico de Pacientes de cirugías bariátricas?

NO

SI

### Bancos de sangre

45. Tipo de unidades administradas:

	SI	NO
Unidades de donación y transfusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto de donación fija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto de donación móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Datos del responsable técnico:

Nombre	Cédula profesional	Especialidad

47. Datos de producción anual:

	Número
Donaciones realizadas	
Transfusiones	
Número de bolsas extremas recibidas	

48. ¿Se realizan selecciones serológicas para HIV / HTLV II / Hepatitis B o C y otros?

NO

SI

49. Controles de calidad:

	SI	NO
¿Existe un Manual de Operaciones Estándar otro manual de control de calidad en específico?		
¿Existe material explicativo para reclutamiento de donadores?		
¿Existen programas de entrenamiento?		
¿Existe algún programa de detección, seguimiento y corrección de inconformidades?		
¿Se realizan auditorias?		
¿Se cuenta con una Comisión de control de transfusiones?		

### Transporte de pacientes

50. ¿La institución médica cuenta con servicios propios de transportación terrestre y/o aérea?

NO

SI  Número de ambulancias: \_\_\_\_ Número de helicópteros: \_\_\_\_ Número de casos atendidos al año: \_\_\_\_

51. ¿Estos servicios son prestados a otras instituciones médicas?

NO

SI

## Tratamiento Domiciliario

52. ¿Qué especialidades médicas se involucran en la prestación de estos servicios?

---

---

---

---

53. ¿En qué tipo de casos se indica y se presta el servicio?

---

---

---

---

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

