

Formulario de Solicitud Seguro de Responsabilidad Civil Profesional 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

Cédula Profesional

RFC

Dirección

Colonia

Delegación

CP

Ciudad

E-mail

Teléfono

Datos sobre el Riesgo

Especialidad médica ejercida

Universidad donde realizó sus estudios

Año de Titulación

¿Realiza actualizaciones constantes? Sí No

Servicios Médicos Profesionales

Tipo de institución donde presta sus servicios: Pública Privada Práctica privada personal Otra

Número de Pacientes atendidos por año

Porcentaje por tipo de atención

% Cirugías

% Partos

%

Número de empleados bajo su supervisión: Enfermeras:

Técnicos:

Auxiliares:

Empleados no profesionales:

¿Sus empleados reciben capacitación? Sí No

¿La capacitación es proporcionada por una institución calificada? Sí No

Documentación y Control

Sus recetas son realizadas: A mano Impresas

¿Mantiene Ud. una copia de las recetas que elabora? Sí No

¿Se documenta la historia clínica del paciente? Sí No

En su caso, se almacena en un archivo: Físico Digitalizado

En su caso, durante cuánto tiempo almacena Ud. los expedientes médicos / historia clínica de sus Pacientes:

Siniestralidad

Existen actualmente Reclamaciones abiertas presentadas en contra del Solicitante derivadas de la prestación de Servicios Médicos Profesionales Sí No

Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra del Solicitante por la prestación de Servicios Médicos Profesionales Sí No

¿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? Sí No

¿El Solicitante ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales? Sí No

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

¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior? Sí No

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

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.

Fecha _____

Firma _____

