

RC Profesional para Médicos

INFORMACION GENERAL

Nombres y Apellidos: _____ C.C. : _____
Dirección de domicilio : _____ Ciudad : _____

INFORMACION PROFESIONAL

Título profesional : _____

Otorgado por: _____

El día: _____ con número de registro profesional : _____

Indique especializaciones practicadas junto con sus respectivos años de experiencia : _____

ACTIVIDAD PROFESIONAL:

Ejercicio privado por cuenta propia, sin relación laboral con una institución de salud o cualquier empresa, sea particular o pública. _____ ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique :

- La ubicación del consultorio : _____

- Número y especialización médica/paramédica de los empleados : _____

Señale en la casilla en caso de poseer alguno de los siguientes equipos :

- ☐ - Equipo de radiografía con fines de diagnóstico.
- ☐ - Equipo de rayos X para terapéutica.
- ☐ - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
- ☐ - Equipos de radicación de isótopos por terapia.
- ☐ - Equipos de generación de rayos láser.
- ☐ - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias.

¿ Existe la posibilidad de alojar pacientes durante un tratamiento ? _____ ☐ SI ☐ NO

¿ El tratamiento de pacientes es solo ambulatorio ? _____ ☐ SI ☐ NO

¿ Existen otros riesgos independientes tales como laboratorios independientes, farmacias, etc? _____ ☐ SI ☐ NO

Describa los detalles : _____

Ejercicio de sus actividades profesionales exclusivamente en el consultorio arriba descrito _____ ☐ SI ☐ NO

Prestación de servicios profesionales también en otras instituciones de salud o empresas _____ ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique :

- Nombre de la institución: _____

- Tipo de servicios: _____

- Función del solicitante: _____

Ejercicio profesional bajo relación laboral con una institución de salud, una empresa o cualquier entidad pública o privada, incluyendo médicos particulares. _____ ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique :

- Nombre y descripción del empleador : _____

- Ubicación del centro de trabajo : _____

- Descripción de las labores que realiza el solicitante y sus funciones : _____

RC Profesional para Médicos

Ejercicio de las actividades profesionales también en otras ocasiones,
por ejemplo, otra clínica/hospital, etc...

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo describa los detalles:

INFORMACION RESPECTO AL SEGURO

¿ Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los
últimos 5 años ?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo describirla(s):

¿ Tiene conocimiento de alguna(s) circunstancia(s) que pudiese(n) comprometer
su responsabilidad civil profesional ?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo describirla

¿ Ha tenido durante los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil
profesional ?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo indique la compañía de seguros

Vigencia desde

hasta

Límites asegurados:

¿ Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional
por alguna compañía de seguros ?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo indicar detalles

LIMITE ASEGURADO SOLICITADO :

El solicitante manifiesta que las anteriores declaraciones son ciertas y se constituyen como mecanismo de evaluación del riesgo RC de esta Institución.

En cada renovación este formulario se diligenciará de forma completa nuevamente, con lo cual se mantendrá informada a Liberty Seguros S.A. del estado actual del riesgo. Si se trata de la solicitud para una nueva póliza para esta Institución o ya ha pasado al menos una vigencia sin cobertura dentro de Liberty Seguros S.A., el solicitante declara que no tiene, ni ha tenido conocimiento de alguna notificación judicial o extrajudicial sobre una posible reclamación por procedimientos médicos realizados durante el año inmediatamente anterior al diligenciamiento de esta solicitud. Cualquier reticencia o inexactitud de la información arriba descrita podrá causar la pérdida del derecho a la indemnización en caso de siniestro en los términos descritos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Este formulario debe estar completamente diligenciado y firmado para poder evaluar la emisión de la cotización.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA: