

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS



Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una declaración jurada.

Queda convenido que si se concreta un Contrato de Seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurado tiene el deber de avisar a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada, quedando sujeto a la Cláusula de Reticencia y la Cláusula de Agravación del Riesgo de las condiciones Generales de Póliza.

1. NOMBRE DEL ASEGURADO

2. No. DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

3. TIENE ESPECIALIDAD SI NO ESPECIFIQUE

4. CERTIFICADO INSCRIPCIÓN

EXTENDIDA POR

FECHA VENCIMIENTO

5. DOMICILIO PARTICULAR

TELÉFONO

6. DOMICILIO PROFESIONAL

TELÉFONO

7. TIPO DE PRÁCTICA: PARTICULAR EMPLEADO, NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

8. ENTIDADES DEL SERVICIO DE SALUD DE LA(S) CUAL(ES) UD. ES PROPIETARIO, COPROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA O DIRECTOR MÉDICO

9. ASOCIACIONES, COLEGIO O SOCIEDADES PROFESIONALES A LAS QUE UD. PERTENECE

10. SUMA ASEGURADA \$50.000.000 \$100.000.000 OTRA \$

11. ¿ES USTED: JEFE DE EQUIPO SI NO MÉDICO RESIDENTE SI NO MÉDICO ASISTENCIAL SI NO
 JEFE DE TURNO O GUARDIA SI NO JEFE ADMINISTRATIVO SI NO MÉDICO DOMICILIARIO SI NO

12. ¿REALIZA USTED TURNOS: SI NO EN QUE ÁREA?

13. A) EMPLEA USTED ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD? SI NO

B) EN CASO AFIRMATIVO, DESEA QUE SE OTORGUE COBERTURA CON COBRO ADICIONAL DE PRIMA? SI NO

NOMBRE DEL PROFESIONAL

ESPECIALIDAD

SUMA ASEGURADA

.....
.....
.....
.....

14. EN CASO DE UD. HABER TENIDO COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL VIGENTE DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, SIRVASE ESPECIFICAR:

ASEGURADO/FONDO SOLIDARIO

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

LÍMITES DE LA SUMA ASEGURADA

..... DESDE.....
..... HASTA.....

15. NOMBRE TODAS LAS INSTITUCIONES MÉDICAS/CONSULTORIOS INCLUYENDO LA LOCALIDAD DONDE UD. EJERCE SU PROFESIÓN

16. NOMBRE TODAS LAS INSTITUCIONES MÉDICAS/CONSULTORIOS INCLUYENDO LA LOCALIDAD DONDE UD. HA EJERCIDO SU PROFESIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

17. HA HABIDO ALGÚN RECLAMO O DEMANDA QUE SE HAYA FORMULADO ANTERIORMENTE EN SU CONTRA? (incluya hoja adjunta todos los reclamos o demandas mientras estuvo comprometido en su entrenamiento y/o práctica)

SI NO

18. ¿TIENE UD. CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD (incluyendo petición de historias clínicas) O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?

SI NO Incluya hoja adjunta con descripción completa de reclamos y estado actual en que se encuentra

19. AMPLIE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA EN UNA HOJA SEPARADA AVALANDO CON FECHA Y FIRMA

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A) ¿DESEMPEÑA FUNCIONES PARA ALGUNA INSTITUCIÓN QUE PRESTA SERVICIOS DE EMERGENCIAS DOMICILIARIAS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) ¿REALIZA PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTIA TRANSVERSAL, "BY -PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) ¿ALGUNA VEZ HA SIDO UD. RECHAZADO CENSURADO, RESTRINGIDO, SUSPENDIDO O REVOCADO POR ALGUNA SOCIEDAD O ASOCIACIÓN MÉDICA PROFESIONAL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) ¿ALGUNA VEZ LE HAN CANCELADO, NO RENOVADO, RESTRINGIDO O SOBRETASADO SU SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, O HA RECIBIDO ALGUNA CARTA DE SU ASEGURADOR CON TAL INTENCIÓN? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) ¿ALGUNA VEZ SE LE HA SUSPENDIDO, REVOCADO O EN CUALQUIER FORMA LIMITADO SU LICENCIA MÉDICA, O SU CERTIFICACIÓN EN ALGUNA ESPECIALIDAD? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F) ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU PRÁCTICA O ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G) ¿HA FIRMADO UD. ALGÚN CONTRATO DONDE ACCEDIÓ A INDEMNIZAR (LIBERAR PERJUICIOS) A OTROS? EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UNA COPIA DEL CONTRATO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H) ¿ASISTIÓ UD. A CONGRESOS/CURSOS DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EL AÑO PASADO? (LISTE ESTUDIOS EN HOJA ADJUNTA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. POR FAVOR INDIQUE SU ESPECIALIDAD Y LAS TÉCNICAS QUE USTED EMPLEA. MARQUE TODAS AQUELLAS QUE APLIQUE E INDIQUE % DE INCIDENCIA (SUMATORIA DE LOS PORCENTAJES DEBE DAR 100%)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergología% | <input type="checkbox"/> Infectología% | <input type="checkbox"/> Ortopedia% |
| <input type="checkbox"/> Andrología% | <input type="checkbox"/> Medicina Forense% | <input type="checkbox"/> Osteología% |
| <input type="checkbox"/> Cardiología% | <input type="checkbox"/> Medicina Interna% | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología% |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica% | <input type="checkbox"/> Medicina Legal% | <input type="checkbox"/> Patología% |
| <input type="checkbox"/> Citodiagnóstico% | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear% | <input type="checkbox"/> Pediatría% |
| <input type="checkbox"/> Dermatología% | <input type="checkbox"/> Medicina Ocupacional% | <input type="checkbox"/> Psicoanálisis% |
| <input type="checkbox"/> Diabetología% | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva% | <input type="checkbox"/> Psiquiatría% |
| <input type="checkbox"/> Ecografía% | <input type="checkbox"/> Medicina Rural% | <input type="checkbox"/> Radiología% |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología% | <input type="checkbox"/> Nefrología% | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Física% |
| <input type="checkbox"/> Farmacología% | <input type="checkbox"/> Neumología% | <input type="checkbox"/> Reumatología% |
| <input type="checkbox"/> Fisiatría% | <input type="checkbox"/> Neurología% | <input type="checkbox"/> Salud Pública% |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología% | <input type="checkbox"/> Nutrición% | <input type="checkbox"/> Urología% |
| <input type="checkbox"/> Genética% | <input type="checkbox"/> Obstetricia% | <input type="checkbox"/> Vasculat% |
| <input type="checkbox"/> Geriátría% | <input type="checkbox"/> Obstetricia/Ginecología% | <input type="checkbox"/> Otro.....% |
| <input type="checkbox"/> Ginecología% | <input type="checkbox"/> Oftalmología% |% |
| <input type="checkbox"/> Hematología% | <input type="checkbox"/> Oncología% |% |
| <input type="checkbox"/> Homeopatía.....% | | Especifique% |

CIRUGÍA

- Cirugía Mayor*
- Asistir a otros en cirugía mayor a pacientes propios
- Cirugía Menor**
- Diferente a incisión de verrugas y abscesos superficiales, o la sutura de piel o fascia superficial
- Asistir a otros en Cirugía Mayor a pacientes que no sean propios
- Procedimientos obstétricos normales que no sean considerados como cirugía mayor
- Procedimientos obstétricos considerados como cirugía Mayor
- Cirugía Plástica - Reconstructiva
- Cirugía Plástica - Cosmética
- Administración de Anestesia General o Acupuntura Anestésica

PROCESOS INVASIVOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura - Diferente a Acupuntura Anestésica | <input type="checkbox"/> Flebografía |
| <input type="checkbox"/> Angiografía | <input type="checkbox"/> Laparoscopia (Peritoneoscopia) |
| <input type="checkbox"/> Arteriografía | <input type="checkbox"/> Lasers - Usados en terapia |
| <input type="checkbox"/> Biopsia por Punción*** | <input type="checkbox"/> Linfangiografía |
| <input type="checkbox"/> Cateterización **** - Aretial, cardiaca o diagnóstica | <input type="checkbox"/> Mielografía |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Neumoencefalografía |
| <input type="checkbox"/> Criocirugía | <input type="checkbox"/> Terapia Radiante |
| <input type="checkbox"/> Colangiopancreatología retrógrada endoscópica | <input type="checkbox"/> Inyecciones Radiopáticas en los vasos sanguíneos, linfáticos, cavidades sinusuales o fístulas |
| <input type="checkbox"/> Discogramas | <input type="checkbox"/> Terapia de shock |
| <input type="checkbox"/> Dilatación esofágica mecánica o neumática
- Sin "bougie" ni "olive" | |

***Cirugía mayor:** incluye operaciones en o sobre cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o las circunstancias de la operación presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica (accidental o congénita) y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anextomías y las amigdalectomías (tosilectomía).

****Cirugía menor:** incluye las cirugías no clasificadas como cirugía mayor. También incluye: (a) procesos obstétricos no considerados como cirugía mayor, (b) la asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

*****Biopsia por punción:** incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.

******Cateterización:** no incluye (a) inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, (b) cateterización de la uretra, y (c) cateterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA _____

NOMBRE _____

ACLARACIÓN _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA PREVISORA S.A.

CLASIFICACIÓN _____

PRIMA _____

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR SOLO PARA LA EXPEDICIÓN:

- COPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA.
- COPIA TARJETA DE PROFESIONAL Y/O REGISTRO ANTE ORGANISMO COMPETENTE.
- EN CASO DE TENER ALGUNA ESPECIALIZACIÓN, AJUNTAR COPIA DE DOCUMENTOS QUE CERTIFIQUEN DICHA ESPECIALIZACIÓN.