



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

### A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre o razón social de la Institución: \_\_\_\_\_  
 NIT: \_\_\_\_\_ Dirección principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_
2. Número de sedes: \_\_\_\_\_ (Mayor a 2 sedes, por favor diligenciar Anexo A)
3. Número de registro en la Secretaría de Salud: \_\_\_\_\_
4. Nivel de atención en Salud  1  2  3  4
5. Tipo de institución médica por servicios prestados  
 Hospital  Clínica  IPS  EPS  Lab. Clínico  Tratamiento domiciliario  Geriátrico  
 Clínica de reposo Otro: \_\_\_\_\_
6. Número anual promedio de pacientes: a. En tratamiento ambulatorio \_\_\_\_\_ b. Hospitalizados \_\_\_\_\_

### B. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS

7. Descripción general de la actividad de la institución: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. ¿Cuenta la institución con personas o comités encargados de realizar las siguientes funciones o programas?  
 Administración / Prevención de Riesgos  Evaluación de la calidad del trabajo del cuerpo médico  
 Evaluación de la calidad de los pacientes  Auditorías internas
9. ¿Cuenta la institución con asesoramiento especializado en la defensa de Responsabilidad Civil Médica? .....  SI  NO
10. ¿Cuenta la institución con el proceso de Acreditación en Salud? .....  SI  NO

### C. INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL Y EQUIPO

GRUPO A: Médicos bajo relación laboral directa con el asegurado.

GRUPO B: Médicos bajo relación laboral por servicios, honorarios u otra modalidad de contrato.

(Relación detallada de profesionales, por favor diligenciar Anexo B)

CATEGORIA	DESCRIPCIÓN	No. de médicos GRUPO A	No. de médicos GRUPO B
I	Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras.		
II	Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología, Cardiología, Urología, Neonatología		
III	Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos		
IV	Odontólogos, ortodoncistas.		
V	Personal de la salud no relacionadas en las anteriores categorías que incluye auxiliares, enfermeros, técnicos y asistencial		

11. Número de personal administrativo y de planta \_\_\_\_\_
12. Número de camas disponibles para pacientes \_\_\_\_\_



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

13. La institución posee equipos médicos especializados: .....  SI  NO
- 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.
- Otro, cual \_\_\_\_\_

### D. INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS

14. ¿Existe un banco de sangre? .....  SI  NO
15. ¿Se suministra conservas de sangre a otras instituciones? .....  SI  NO
16. ¿Existe una farmacia propia? .....  SI  NO
- En caso afirmativo ¿cuántos farmacéuticos titulados? \_\_\_\_\_
17. ¿Existe un laboratorio propio de análisis clínicos? .....  SI  NO
- En caso afirmativo ¿cuántos químicos/laboratoristas titulados? \_\_\_\_\_

### E. INFORMACIÓN RESPECTO AL RIESGO ASEGURADO

18. ¿Existen actualmente reclamaciones abiertas en contra de la Institución Médica derivadas de una responsabilidad civil profesional? .....  SI  NO
19. ¿Ha tenido reclamaciones presentadas en contra de la Institución Médica por una responsabilidad civil profesional durante de los últimos 5 años? .....  SI  NO
20. ¿Tiene conocimiento de alguna(s) circunstancia(s) que pudiese(n) generar una reclamación derivada de una responsabilidad civil profesional? .....  SI  NO
21. ¿Ha tenido alguna otra reclamación de responsabilidad civil extracontractual durante los últimos 5 años o tiene conocimiento de alguna circunstancia que pudiese comprometer su responsabilidad civil en general?  SI  NO
- En caso afirmativo en alguna de las preguntas 18 a 21 por favor diligenciar Anexo C*
22. ¿Durante los últimos 5 años ha tenido contratado un seguro de responsabilidad civil profesional?  
Vigencia desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ Límite asegurado contratado \$ \_\_\_\_\_
23. ¿Le ha sido revocada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna compañía de seguros? .....  SI  NO
- En caso afirmativo indicar detalles \_\_\_\_\_
24. ¿Se exige un seguro de Responsabilidad Civil Profesional a los funcionarios que prestan de servicios clínicos en la Institución Médica? .....  SI  NO
- Límite de Responsabilidad solicitado \$ \_\_\_\_\_

### F. INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

- Límite asegurado requerido \$ \_\_\_\_\_
- Requiere contratar cobertura con Fecha Retroactiva .....  SI  NO
- Especificar desde que fecha \_\_\_\_\_



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

El solicitante entiende que la cobertura otorgada por esta póliza ampara la Responsabilidad Civil Profesional Médica de la Institución de Salud, y en ningún caso tiene cobertura sobre la Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual del personal al servicio de la Institución quienes deben tener su propia póliza individual. Las personas relacionadas en el numeral B y anexo constituyen la totalidad del personal médico y de la salud que labora en la institución, y en caso de presentarse un cambio mayor al 10%, la Institución lo reportará a Liberty Seguros S.A. quien evaluará el cobro de prima adicional a que haya lugar.

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Sanidad versión agosto de 2019, que se encuentran publicadas en la página Web de Liberty.

Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a Liberty no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación del contrato de seguro, que queda condicionada a la evaluación de la información requerida y completa, al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad y a la aceptación expresa y por escrito del riesgo cotizado con la presente, por parte de la compañía.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello el presente documento.

En cada renovación este formulario se diligenciará de forma completa nuevamente, con lo cual se mantendrá informada a Liberty.

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

NOTA: POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y/O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

**FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL O MÉDICO JEFE**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

### ANEXO A: RELACIÓN DE SEDES Y/O SUCURSALES DEL PROPIO ASEGURADO

No	Nombre sucursal	Dirección	Ciudad
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

\* Puede utilizar el mismo formato para diligenciar dos o más hojas en caso de que así lo requiera



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

### ANEXO B: RELACIÓN DETALLADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENCIONADOS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA INSTITUCION MEDICA

GRUPO A: Médicos bajo relación laboral directa con el asegurado.

GRUPO B: Médicos bajo relación laboral por servicios, honorarios u otra modalidad de contrato.

No	Nombre	Cédula	Profesión / Especialidad	Grupo al que Pertenece (Marque con X)	
				A	B
1				A	B
2				A	B
3				A	B
4				A	B
5				A	B
6				A	B
7				A	B
8				A	B
9				A	B
10				A	B
11				A	B
12				A	B
13				A	B
14				A	B
15				A	B
16				A	B
17				A	B
18				A	B
19				A	B
20				A	B
21				A	B
22				A	B
23				A	B
24				A	B
25				A	B
26				A	B
27				A	B
28				A	B
29				A	B

\* Puede utilizar el mismo formato para diligenciar dos o más hojas en caso de que así lo requiera



## Solicitud de Seguro Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones del Sector Salud

### ANEXO C: INFORMACIÓN RESPECTO AL RIESGO ASEGURADO

Preguntas de la 18 a la 21

No	Reclamantes	Fecha ocurrencia	Fecha reclamación	Tiene demanda (S/N)	Estado del proceso (P-En proceso/ C- Cerrado)	Vr reserva / Vr indemnizado	Descripción de la reclamación
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							