

## RC Profesional para Médicos

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ C.C. : \_\_\_\_\_  
 Dirección de domicilio : \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN 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:

### INFORMACIÓN 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

**LÍMITE 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:

\_\_\_\_\_