

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

**Solicitud de Seguro**

**De emitirse una póliza, esta será sobre la base de Fecha de Reclamación**

ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR LO TANTO PUEDE O NO SER ACEPTADA POR **LA COMPAÑÍA**. UNA VEZ ANALIZADA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, **LA COMPAÑÍA** 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:	RUC :	DNI :
Domicilio:		
Distrito :	Departamento :	
Teléfonos:	E-mail:	C.P.

**Sección 1**

Información General	
1. Nombre de la Institución médica:	
2. Nombre del representante legal:	
3. Dirección principal:	Departamento:
4. Teléfono:	E-mail/Sitio web:
5. Fecha de inicio de actividades:	

6. ¿Se ha alterado su denominación social durante los últimos cinco años? En caso afirmativo, favor de proporcionar detalles:

NO

SI  Detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Servicios Médicos Profesionales**

7. Favor de indicar todas las ubicaciones con instalaciones médicas con las que cuenta la institución:

Nombre / Denominación	Dirección


8. Nombres completos de los Directores Médicos de la Institución, indicar número de Cédula Profesional y favor de anexar currículum de cada uno:

Nombre Completo	Número de colegiatura	DNI

9. Naturaleza jurídica de la Institución Médica:

Pública	<input type="checkbox"/>
Privada	<input type="checkbox"/>
Convenios/Planes de salud	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):	

10. Tipo de institución médica por servicios prestados:

Hospital General	<input type="checkbox"/>
Hospital Especializado	<input type="checkbox"/>
Clínica Especializada	<input type="checkbox"/>
Clínica Ambulatoria especializada	<input type="checkbox"/>
Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Banco de sangre	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Domiciliario	<input type="checkbox"/>
Transporte de pacientes	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar):	

11. Número de personas físicas Prestadoras de Servicios Médicos Profesionales que prestan sus servicios en las ubicaciones de la Institución Médica:

	Empleados directamente	Por honorarios / Tercero Empleador
Médicos		

Odontólogos / Dentistas		
Enfermeras		
Técnicos		
Auxiliares / Otros		
Residentes		
<b>TOTAL</b>		

12. Número de camas:

Reguladores	
De maternidad	
De cuidados intensivos	
Clínicas / Otras	
<b>TOTAL</b>	

13. Número de pacientes atendidos por año:

Internamiento médico	
Cirugías	
Partos	
Ambulatorios	
<b>TOTAL</b>	

14. Tipo de servicios prestados en la institución médica:

	SÍ	NO	Número de procedimientos por año
Cirugías Generales			
Cirugías bariátricas **			
Cirugías plásticas			
Cirugías ortopédicas			
Cirugías oftalmológicas			
Cirugías cardiovasculares			
Cirugías neurológicas			
Obstetricia **			
Cuidados intensivos para recién nacidos			
Cirugías láser			
Angioplastias			
Trasplantes			
Hemodiálisis			
Enfermedades infecciosas			
Servicios de emergencia			

Transfusiones			
Anestias			
Rayos "X"			

(\*\* Favor de contestar sección adicional en página 10)

15. Servicios de seguimiento post-cirugía prestado por la institución médica:

	SI	NO
Atención a clientes (quejas)		
Nutrición		
Apoyo psicológico		
Servicios domiciliarios		
Otros (especificar):		

16. ¿Cuál es la tasa de infección hospitalaria que ha experimentado en los últimos tres años? Tomar en cuenta el número total de episodios en dicho periodo (altas, muertes, salidas, traslados)

---



---



---

17. ¿Tiene el hospital o clínica un centro de almacenamiento de espermia y/o óvulos para fertilización In Vitro?

NO

SI  ¿Está conectado a un generador eléctrico de emergencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tejido tienen? (óvulos y espermia) \_\_\_\_\_

## Documentación y Control

18. Expedientes:

	SI	NO
18.1 Las recetas médicas son digitalizadas y son firmadas por el Médico que las realiza		
18.2 Las recetas médicas son por escrito y son firmadas por el Médico que las realiza		
18.3 Las órdenes de admisión y formularios correspondientes permiten la anotación de indicaciones para cuidados especiales		
18.4 Existe un software especializado para la administración del banco de datos de información médica de los Pacientes		
18.5 Se archiva la información del Paciente en una base de datos única		

18.6 El expediente médico e información del Paciente son almacenados electrónicamente		
18.7 El expediente médico e información del Paciente son almacenados físicamente en papel		
18.8 Se toman medidas para salvaguardar la privacidad de la información		
18.9 ¿Durante cuánto tiempo se almacena la información médica del Paciente?		

19. Proceso de selección de Prestadores de Servicios Médicos Profesionales:

	SI	NO
19.1 Se realiza una entrevista a los candidatos que pretendan brindar sus Servicios Médicos Profesionales en la Institución Médica		
19.2 Se realiza una comprobación de la información/antecedentes proporcionados por el candidato incluyendo historia de siniestros		
19.3 Se aplica el mismo proceso para la contratación de técnicos y/o auxiliares y/o residentes		
19.4 Se aplica el mismo proceso para la contratación de personal de limpieza, seguridad, mantenimiento, etc.		

\* Favor utilizar las hojas anexas para describir ampliamente el proceso para cualquier tipo de Prestador de Servicios Médicos Profesionales (doctores, enfermeras, técnicos, etc.)

20. Auditorías con relación a la prestación de servicios médicos:

	SI	NO
20.1 Se realizan auditorías internas a los procesos y estado general de la Institución Médica		
20.1.1 ¿Con qué periodicidad?		
20.2 Se realizan auditorías externas a los procesos y estado general de la Institución Médica		
20.2.1 ¿Con qué periodicidad?		

21. Favor de especificar si dentro de la Institución Médica se tienen establecidas cualquiera de los Comités Médicos mencionadas a continuación:

	SI	NO
21.1 De control de infecciones hospitalarias		
21.2 De ética médica		
21.3 De control de accidentes		
21.4 De investigación epidemiológica		
21.5 Otras (especificar):		

22. Entrenamientos / Capacitación:



24.2 Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra de la Institución Médica por la prestación de Servicios Médicos Profesionales		
24.3 ¿Se tiene conocimiento de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una Reclamación por daños causados a un Paciente por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		
24.4 ¿La Institución Médica o cualquier dueño, socio, empleado o funcionario actual ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		

En caso se haya respondido "SI" a cualquiera de los puntos de la pregunta anterior (23), favor de brindar información detallada en las hojas extras al final del presente Formulario que incluya:

- 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

### Administración del Riesgo

25. ¿Se cuenta con un responsable de la Administración de Riesgos?

NO

SI  Describir brevemente las funciones:

---



---



---



---

26. ¿Se realizan expedientes en caso de la ocurrencia de algún incidente que pueda dar lugar a una Reclamación?

NO

SI

27. En caso de contar con un programa para la Administración de Riesgos, favor de marcar cuáles de los siguientes puntos se contempla en el mismo:

	SI	NO
Difusión interna de prácticas y políticas escritas para la reducción de riesgos		
Control de expedientes médicos, incluyendo políticas claras para su creación		
Revisión anual de planes de administración de riesgos		
Relación a detalle de los incidentes que se llegan a presentar		
Revisión de reclamaciones presentadas para la posterior implantación de medidas correctivas		
Se cuenta con un medio claro y conocido por los empleados para denunciar a la administración un posible incidente		

Programas de entrenamiento de emergencias médicas		
Programas de mejora de calidad en los servicios		
Cuestionamiento a profundidad de Pacientes		
Comités de Administración de Riesgos		
Evaluación de contratos realizados		
Otros (especificar):		

28. ¿Se exige un seguro de Responsabilidad Civil Profesional a los prestadores de servicios clínicos en la Institución Médica?

NO

SI  Límite de Responsabilidad solicitado: \_\_\_\_\_

29. ¿Los contratos celebrados con otras entidades poseen cláusulas de responsabilidades?

NO

SI

### Información de Seguros

30. Límites de Cobertura:

Se recomienda señalar al menos tres alternativas de Límites de Responsabilidad:

Opción	Límite de responsabilidad
1	\$ _____
2	\$ _____
3	\$ _____

31. Vigencia anual deseada: Del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

32. ¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior?

NO

SI  Especificar fecha: \_\_\_\_\_

33. ¿Le ha sido rechazada alguna solicitud para u seguro similar en el pasado?

NO

SI  Detalles (aseguradora, fecha, motivo del rechazo):

---



---



---

34. 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 por el período

35. ¿Con respecto a Seguros previamente contratados, alguno de ellos ha sido cancelado o revocado?

NO

SI  Detalles (aseguradora, fecha, motivos de la cancelación):

---



---



---

## Sección 2

### Información complementaria a llenar solamente cuando se aplicable a la institución médica

36. Favor de confirmar si la Institución Médica realiza cualquiera de las siguientes actividades, en caso afirmativo, favor de proseguir con las siguientes preguntas de esta Sección:

	SI	NO
Obstetricia		
Cirugías bariátricas		
Bancos de sangre (manejo de sangre)		
Transporte de pacientes		
Tratamiento domiciliario		

### Obstetricia

37. ¿Cuál de las siguientes personas cuentan con privilegios para recibir al recién nacido?

	SI	NO
Médico		
Enfermera certificada		

Asistente médico		
Familiar del recién nacido		
Otros:		

38. ¿Se realiza monitoreo electrónico al feto a todos los Pacientes en labor de Parto?

NO

SI

39. ¿Los medicamentos para inducir el parto solamente son administrados por el Médico?

NO  ¿Quién más? \_\_\_\_\_

SI

40. Número de partos por cesárea al año: \_\_\_\_\_

41. Número de partos naturales al año: \_\_\_\_\_

42. ¿Se realizan mediciones de bilirrubina a todos los nonatos previo al parto?

NO

SI

### Cirugías Bariátricas

43. ¿Se realizan cirugías bariátricas a Pacientes menores de 18 años?

NO

SI

44. ¿Se exigen programas de seguimiento médico a Pacientes de cirugías bariátricas?

NO

SI

45. ¿Existen equipo multidisciplinarios para el seguimiento médico de Pacientes de cirugías bariátricas?

NO

SI

### Banco de Sangre

46. Tipo de unidades administradas:

	SI	NO
Unidades de donación y transfusión		
Puesto de donación fija		
Puesto de donación móvil		

47. Datos del responsable técnico:

Nombre	Cédula profesional	Especialidad

48. Datos de producción anual:

	Número
Donaciones realizadas	
Transfusiones	
Número de bolsas extremas recibidas	

49. ¿Se realizan selecciones serológicas para HIV / HTLV II / Hepatitis B o C y otros?

NO

SI

50. Controles de calidad:

	SI	NO
¿Existe un Manual de Operaciones Estándar otro manual de control de calidad en específico?		
¿Existe material explicativo para reclutamiento de donadores?		
¿Existen programas de entrenamiento?		
¿Existe algún programa de detección, seguimiento y corrección de inconformidades?		
¿Se realizan auditorias?		
¿Se cuenta con una Comisión de control de transfusiones?		

**Transporte de pacientes**

51. ¿La institución médica cuenta con servicios propios de transportación terrestre y/o aérea?

NO

SI  Número de ambulancias: \_\_\_\_ Número de helicópteros: \_\_\_\_ Número de casos atendidos al año: \_\_\_\_

52. ¿Estos servicios son prestados a otras instituciones médicas?

NO

SI

### Tratamiento Domiciliario

53. ¿Qué especialidades médicas se involucran en la prestación de estos servicios?

---

---

---

---

54. ¿En qué tipo de casos se indica y se presta el servicio?

---

---

---

---

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal y firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Importante

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.

Tenemos pleno conocimiento de nuestra obligación de declarar e informar a la COMPAÑÍA, todos los hechos o circunstancias que puedan influir en la apreciación o evaluación de la COMPAÑÍA para la aceptación o rechazo del riesgo, así como en la fijación de la prima.

Tenemos pleno conocimiento de que, de no mediar rechazo de esta Solicitud, la Póliza que se emita tiene como base las declaraciones efectuadas en esta Solicitud, las cuales se consideran incorporadas en su totalidad a esta Póliza, conjuntamente con cualquier declaración adicional efectuada durante el proceso de apreciación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA.

Todo lo expuesto por nosotros en la presente Solicitud, está completo y concuerda con la verdad.

## Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información. El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento. El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA. Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la

página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

**EI ASEGURADO AUTORIZA:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No (marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com). La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con el código RNPDP N° 4036. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

### Declaración

El contratante y/o asegurado declaran haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicitan.

### Medios de Comunicación Pactados

Físicos, Telefónicos y Correo electrónico

### Rechazo de la Solicitud

Dentro del plazo de quince (15) días de presentada esta solicitud, **LA COMPAÑÍA** se obliga a comunicar al CONTRATANTE o tomador si ésta ha sido rechazada.

*Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.*

Fecha

Firma del Solicitante

Los presentes anexos formarán parte integral tanto del Formulario de Solicitud de Seguro como de, en su caso, la Póliza de seguro. Lo establecido en los presentes se tomará como base para la cotización del seguro, en caso de haberla, por lo que la veracidad en las declaraciones del Solicitante se considerará como elemento esencial de esta propuesta.