

### SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS, ODONTOLOGOS Y OTRAS PROFESIONES DEL SECTOR SALUD

Por la presente solicito a Seguros Equinoccial S.A. un seguro de responsabilidad civil profesional para médicos, odontólogos y otras profesiones del sector salud cuyo tomador será .....

Si la póliza es aceptada será emitida de la manera siguiente:

#### I. DATOS PERSONALES DEL PROPUESTO ASEGURADO

El Asegurado autoriza como medio de comunicación fehaciente entre las partes el correo electrónico y/o el celular indicado en este documento.

Nombres y Apellidos: .....

Fecha nacimiento: ..... Género M  F  CI / RUC / Pass: .....

Dirección Particular: .....

Provincia: ..... Ciudad: ..... Código Postal: .....

Telf. particular: ..... Telf. Celular: ..... Correo electrónico: .....

#### II. COBERTURAS Y MODALIDAD CONTRATADA

Las coberturas aceptadas por el Asegurado se detallan en las condiciones generales, especiales y particulares de Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional para médicos, odontólogos y otras profesiones del sector salud, según la modalidad contratada.

MODALIDAD CONTRATADA: ..... SUMA ASEGURADA: .....

· En caso de haber elegido la modalidad "Centros Médicos y Hospitales" indique el Hospital o Centro Médico al que se limita el objeto de cobertura: .....

ESPECIALIDAD EJERCIDA POR EL ASEGURADO: .....

· En el caso de Obstetricia:

¿Realiza criopreservación de embriones?: Si  No  ¿Realiza fecundación in vitro?: Si  No

#### III. DATOS PROFESIONALES

Ámbito de Trabajo: Público  Privado  Mixto  Dependiente  Asociado  Libre ejercicio

Nombre del lugar en el que trabaja: Público ..... Privado .....

Dirección profesional principal: .....

Provincia: ..... Ciudad: .....

Colegio Médico, Federación, Asociación o Sociedad Científica a las que usted pertenece: .....

Título Profesional o certificado otorgado por el Ministerio de Salud en alguna especialidad:

Título / Especialidad	Fecha
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Entidades del servicio de la Salud de la (s) cual (es) Ud es propietario, copropietario, socio, accionista o director médico:

Nombre de la Entidad	Localidad	Descripción de su relación	% de su trabajo en la entidad
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Si en su actividad profesional realiza otras especialidades, descríbalas a continuación:

.....

.....

¿Ejerce su profesión individualmente o trabaja en un equipo médico? Individual  Equipo   
En caso de trabajar en equipo indique:

Número de integrantes	Especialidades
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

¿Tiene empleados a su cargo?  Sí  No  
En caso de ser afirmativo, indique:

Número de empleados	Titulación o cargos de los empleados <b>no sanitarios</b>
.....	.....
.....	.....
.....	.....

¿Trabaja en un centro médico con alojamiento de pacientes?  Sí  No

¿Trabaja en un centro médico con tratamiento de pacientes solo ambulatorio?  Sí  No

Trabaja con los siguientes equipos:

Equipos de Rayos X, Ondas o materias radioactivas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Radiografía con fines de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Rayos X para Terapéutica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Tomografías por ordenador-scanner	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Rayos Laser	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Ondas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Radiación de Isótopos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Equipos de Medicina Nuclear o materias radioactivas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Existen otros riesgos como laboratorio, banco de sangre etc.  Sí  No  
En caso afirmativo especifique los detalles.....

¿Tiene o padece alguna enfermedad que pueda afectar al ejercicio de su profesión sanitaria?  Sí  No

¿Ha tenido alguna reclamación o incidencia en los 5(cinco) años anteriores a la firma de este documento?(en caso afirmativo solicitar cuestionario específico)  Sí  No

¿Tiene constancia de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación o incidencia dentro de los 5(cinco) años anteriores? (en caso afirmativo solicitar cuestionario específico).  Sí  No

¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?  Sí  No  
¿Con qué aseguradora? .....

¿Tiene actualmente contratado algún servicio de asistencia jurídica?  Sí  No  
¿Con qué estudio jurídico o entidad jurídica? .....

#### IV. COBERTURAS OPCIONALES

En caso de respuesta afirmativa al solicitar algunas de las coberturas opcionales, favor de cumplimentar su cuestionario específico

**NO se incluye cobertura de medicina estética**

¿Desea cubrir la actividad estética con cirugía o sin cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Traumatología y Cirugía Ortopédica: Realiza intervenciones quirúrgicas de columna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cirugía maxilofacial: realiza implantología dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Odontostomatología con implantología: realiza implantología dental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Microfillers labiales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Blefaroplastias y Rinoplastias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicina Estética sin Cirugía con rejuvenecimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

La dirección jurídica corresponde en todo momento a Seguros Equinoccial S.A., de manera que la prestación de defensa jurídica se realizará mediante abogados, procuradores y peritos de Seguros Equinoccial S.A., salvo que el Asegurado opte por una libre designación jurídica **conforme los términos pactados en las condiciones especiales de la Póliza.**

NOTA IMPORTANTE: NO se tramitará ninguna SOLICITUD si no está completa, debidamente rellena y firmada. El Asegurado declara haber sido ampliamente informado de todas las condiciones del contrato.

El abajo firmante declara que sus contestaciones a las preguntas que preceden son verídicas sin falsedad o reticencia en las mismas, asimismo en caso de no haber marcado las preguntas se entenderá que la respuesta a las mismas era "NO", y reconoce que la presente solicitud formará parte integrante de la Póliza de seguro emitida a favor del Asegurado, y que sirvieron de base para la aceptación del riesgo por parte de la Compañía.

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a Seguros Equinoccial S.A., en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Conocedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, las referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en generar sobre el cumplimiento de mis obligaciones, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir, o entregar dicha información a las autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

La presente SOLICITUD de seguro se firma en:

..... (ciudad), el ..... (día), de ..... (mes), de 20.....

.....  
Nombre del Solicitante/Asegurado

.....  
Firma y sello

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros asignó a la presente solicitud el número 42205 del 02 de Septiembre del 2016.