

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

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.

Datos sobre el riesgo		
Especialidad médica ejercida:		
Universidad donde realizó sus estudios:		
Año de titulación:		
Realiza actualizaciones constantes: Sí []	No []	Ejemplos: []

Servicios Médicos Profesionales		
Tipo de institución donde presta sus servicios: Privada [] Pública []		
Práctica privada personal [] Otra []		
Número de Pacientes atendidos por año:		
Porcentaje por tipo de atención: Consulta: %	Cirugías:	% Partos: %
Número de empleados bajo su supervisión:		
Enfermeras:	Técnicos:	Auxiliares: Empleados no profesionales:
Sus empleados reciben capacitación: Sí [] No []		
La capacitación es proporcionada por una Institución calificada: Sí [] No []		

Documentación y Control	
Sus recetas son realizadas: A mano []	Impresas: []
¿Mantiene Ud. una copia de las recetas que elabora?: Sí []	No []
Se documenta la historia clínica del Paciente: Sí [] No []	
En su caso, se almacena en un archivo: Físico [] Digitalizado []	
En su caso, durante cuánto tiempo almacena Ud. los expedientes médicos / historia clínica de sus Pacientes:	

Siniestralidad	SI	NO
Existen actualmente Reclamaciones abiertas presentadas en contra del Solicitante derivadas de la prestación de Servicios Médicos Profesionales		
Han existido en el pasado Reclamaciones presentadas en contra del Solicitante por la prestación de Servicios Médicos Profesionales		

¿Tiene conocimiento el Solicitante de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una Reclamación por daños causados a un Paciente por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		
¿El Solicitante ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por la prestación de Servicios Médicos Profesionales?		

En caso de se haya respondido “SI” a cualquiera de los puntos anteriores, favor de brindar información detallada conteniendo al menos: 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.

Seguros
Fecha en la que adquirió por primera vez sin interrupción una póliza de RC Profesional Médica: Primera vez []
¿Desea contratar cobertura con Fecha Retroactiva al inicio de vigencia especificado en la pregunta anterior? Sí [] No []
Límite Actual
Límite Solicitado

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	Vigencia de la Póliza	Límite de Responsabilidad	Deducible	Prima por el periodo

NOTA 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.

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. 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL 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. 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.