



Seguro de Responsabilidad Civil



SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, OTRAS PROFESIONES DEL SECTOR DE LA SALUD Y SOCIEDADES DE LA SALUD.

SECCIÓN 1 - DATOS GENERALES - (RELLENAR CON MAYÚSCULAS)

1.º Apellido:		2.º Apellido:		Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	
1.º Nombre:		2.º Nombre:		Estado Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Civil: Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Lugar y fecha de nacimiento:		Lugar:	Día:	Mes:	Año:
Dirección del consultorio:		Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Número de Identificación:
Referencia de la dirección (consultorio):		Correo electrónico:			Teléf. del consultorio:
Dirección del domicilio:		Escoja el lugar donde desea recibir correspondencia.			Consultorio: <input type="checkbox"/> Domicilio: <input type="checkbox"/>
Referencia de la dirección (domicilio):		Año de finalización de estudios:			
Año:		Ocupación:			

DIPLOMAS OBTENIDOS	INSTITUCIONES QUE OTORGAN

¿Trabaja de forma independiente? Sí:
No:

¿Si su respuesta es no, bajo qué forma de asociación ejerce? (relación de dependencia, servicios profesionales, etc.)

Especialidad:

Principales procedimientos que realiza:

SECCIÓN 2 - SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL

¿Ha estado asegurado? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Sí, indicar con qué Compañía.		Compañía:	
¿Ya fue cancelada su póliza? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Fecha de cancelación: Día: Mes: Año:		¿Alguna vez ha sido rechazado para un seguro similar? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
¿Se le aceptó dar el seguro bajo la aplicación de una cláusula restrictiva? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Sí, indicar con qué Compañía.		Compañía:	
Indique el motivo del rechazo (confidencial):					
¿Ha tenido alguna vez un siniestro en el ejercicio de su actividad profesional? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Sí, indique la fecha: Fecha del siniestro: Día: Mes: Año:		Indique el monto del siniestro (confidencial) USD:	
Indique las circunstancias del siniestro (confidencial):					

SECCIÓN 2 - SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL (CONTINÚA)

¿A la fecha actual tiene conocimiento si uno o varios procedimientos médicos realizados por usted han presentado complicaciones?

Si:
No:

Si la respuesta es Sí, favor explicar (confidencial):

¿A la fecha actual tiene conocimiento si uno o varios procedimientos médicos realizados por usted han manifestado algún daño a la salud del paciente?

Si:
No:

Si la respuesta es Sí, favor explicar (confidencial):

¿A fecha actual tiene conocimiento de alguna reclamación verbal o escrita por parte de un paciente o familiar del mismo?

Si:
No:

Si la respuesta es Sí, favor explicar (confidencial):

¿Ha sido objeto de demandas judiciales o ha sido condenado judicialmente a consecuencia de su actividad profesional?

Si:
No:

Si la respuesta es Sí, favor explicar (confidencial):

¿Ha sido sancionado a raíz de aspectos de su práctica profesional (retiro de licencia, multas u otro tipo de sanción)?

Si:
No:

Si la respuesta es Sí, favor explicar (confidencial):

Valor de la Suma Asegurada:

SECCIÓN 3 - SOCIEDADES

Cliente:	RUC:
Dirección:	
Referencia de la dirección:	¿Tiene seguro actualmente? Si: <input type="radio"/> No: <input type="radio"/>
Ventas del último año fiscal:	Estimado de ventas año actual:

LISTADO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

ESPECIALIDAD	NÚMERO MÉDICOS	GRUPO	TARIFA

LISTADO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

ÁREAS	CARGO	PERSONAS POR: ÁREAS/CARGO

¿Cuántos quirófanos dispone?

¿Cuántas camas de hospitalización dispone?

SECCIÓN 4 - DECLARACIONES

El solicitante informará a la Compañía inmediatamente de cualquier cambio de sus actividades que modifica el riesgo asegurado. De no hacerlo, la cobertura cesará desde el momento en que cambia su actividad.

El solicitante declara que todas las respuestas que constan en esta solicitud son exactas, indican la verdad, solamente la verdad y nada más que la verdad. Las declaraciones que anteceden forman parte integrante de la Póliza.

Conocedor de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía, en caso de emitirse la Póliza, han tenido, tienen y tendrán fuente y origen lícito, no provienen y no se destinarán a ninguna actividad ilícita relacionada con el cultivo, fabricación, almacenamiento, transporte o tráfico ilícito de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, lavado de dinero, financiamiento del terrorismo, o cualquier otra actividad ilegal.

Conocedor de las disposiciones de la Ley de Prevención, de Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga, recopile y/o valide la información que he suministrado por los medios que razonablemente considere oportunos. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legalmente facultadas.

El Asegurado y/o el Contratante, declara expresamente en forma libre y voluntaria, que el seguro materia de esta póliza, solicitada a la Compañía, ampara bienes y/o servicios, de procedencia lícita y no provienen, ni provendrán de actividades relacionadas con el cultivo, fabricación, almacenamiento, transporte o tráfico ilícito de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, lavado de activos, financiamiento de terrorismo o cualquier otra actividad ilegal o ilícita.

El Asegurado y/o el Contratante, declara que los recursos con los cuales se pagará la prima correspondiente, tienen origen lícito y no existen vínculos con actividades ilegales; a su vez, declara que aquellos recursos que se deriven de la ejecución del contrato de seguros no se destinarán a actividades ilícitas como el Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y otros delitos concordantes.

Conocedor de la normativa relacionada a la Ley de Prevención, de Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga, recopile y/o valide la información que he suministrado por los medios que razonablemente considere oportunos. Además autorizo que, de ser necesario, pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control u otras instituciones legalmente facultadas y por dicha acción, renuncio a presentar en contra de la Compañía, sus funcionarios o empleados, cualquier reclamo o acción extrajudicial, judicial, administrativa, civil, penal, arbitral o en cualquier ámbito.

SECCIÓN 6 - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En aplicación a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, AMA AMÉRICA declara que la información facilitada por parte del solicitante en la fase previa a la aceptación de la póliza, se tratará para finalizar su solicitud de contratación y dar comienzo a la relación contractual con la compañía y concretamente, dichos datos serán tratados para la emisión, formalización y firma de la correspondiente póliza.

AMA AMÉRICA tratará determinada información del solicitante y/o asegurado de la póliza, en caso de siniestro, con la finalidad de gestionar y tramitar el siniestro sufrido o causado por estos y realizar aquellas acciones oportunas para la estimación o desestimación de su responsabilidad.

Por consiguiente, AMA AMÉRICA deberá acceder a datos de salud del supuesto afectado o de terceros implicados en el siniestro. El tratamiento de esta categoría especial de datos resulta imprescindible para valorar el posible daño sufrido y/o pagar la correspondiente indemnización, de tal forma que, sin el tratamiento de los datos referidos, no sería posible la correcta tramitación y liquidación del siniestro sufrido o causado por parte del Asegurado. El tratamiento de datos de salud únicamente se limitará a la correcta gestión del siniestro, de tal forma que solo el personal médico, protegido y obligado por el secreto profesional, los funcionarios y proveedores designados y encargados de gestionar el siniestro por parte de AMA AMÉRICA, podrán acceder al mismo, sin que exista ninguna otra finalidad en el tratamiento de los citados datos.

AMA AMÉRICA tratará los datos personales facilitados por el solicitante y/o asegurado y generados en la relación contractual con el fin de remitir comunicaciones comerciales, tanto por medios ordinarios como electrónicos, de productos propios de AMA AMÉRICA y similares o relacionados con los contratados por el solicitante, siempre que el mismo no se haya opuesto a dicho tratamiento.

Si, estoy de acuerdo: No, estoy de acuerdo:

FIRMADO En:

Día:	Mes:	Año:
------	------	------

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

El presente formulario no puede ser reproducido total o parcialmente, sin el previo consentimiento por escrito de AMA América S.A. Empresa de Seguros.

QUITO

Av. Orellana E11-75 y Av. Coruña,
Edf. Albra. Bajo,
Quito-Ecuador
Tel. +593 (2) 3826137
+593 (2) 3826127
0983074971
1800 AMA AMA (262 262)

GUAYAQUIL

Av. Jose Orrantia y
Av. Leopoldo Benítez.
Edf. Trade Building,
Torre B, Of 630.
Guayaquil-Ecuador
Tel. 0992839708
+593 (4) 3951539

MANTA

Vía. Barbasquillo
Hospital Umiñamed, Of. 204
Manta-Ecuador
Tel. 0986190428
+593 (5) 2452425

PORTOVIEJO

Colegio de Médicos de Manabí.
Vicente Mendoza y
Cdla. Municipal - Portoviejo,
Manabí-Ecuador.
Tel. 0983776255
+593 (5) 2630608

LOS SEGUROS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

www.amasegurosamerica.ec

SIGUENOS:    

AMA
América Seguros
ECUADOR



LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

