



AMA
América Seguros
ECUADOR

LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Seguro de Responsabilidad Civil



SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, PROFESIONALES DE LA SALUD Y SOCIEDADES MÉDICAS.

SECCIÓN 1 - SOLICITUD DE SEGURO DE PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre:	CI o RUC:			
Dirección principal:				
Referencia de la dirección:	Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Ciudad y país de residencia:	Correo electrónico:			
Teléfono principal:	Año de finalización de estudios:	Ocupación:		
Dirección del domicilio:				

TÍTULOS / DIPLOMAS OBTENIDOS

INSTITUCIONES QUE OTORGAN

¿Trabaja de forma independiente? Si: ☐ No: ☐	¿Si su respuesta es no, bajo qué forma de asociación ejerce? (relación de dependencia, servicios profesionales, etc.)
Especialidad:	¿Cursa un posgrado? Si: ☐ No: ☐
Especialidad del posgrado:	
Principales procedimientos:	

Suma Asegurada:

EXPERIENCIA SINIESTRAL

¿Cuenta con una póliza de responsabilidad civil profesional? Si: ☐ No: ☐	Si la respuesta es Sí, indicar con qué Compañía.	Compañía:					
Fecha de cancelación/vencimiento de su póliza actual:	Día:	Mes:	Año:	Suma Asegurada:			
¿Ha sido rechazado para un seguro similar? Si: ☐ No: ☐	Indique el motivo del rechazo (confidencial):						
¿Se le aceptó dar el seguro bajo la aplicación de una cláusula restrictiva? Si: ☐ No: ☐	Si la respuesta es Sí, indicar con qué Compañía.						
¿Ha tenido alguna vez un siniestro en el ejercicio de su actividad profesional? Si: ☐ No: ☐	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):							

¿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):
--	---

SECCIÓN 2- SOCIEDADES MÉDICAS DATOS GENERALES											
Nombre de la institución médica:								RUC:			
Dirección principal:											
Fecha de constitución:		Día:	Mes:	Año:	Ciudad:		Correo electrónico:				
Teléfono principal:						Dirección sucursales:					
Nombre representante legal:						CI/RUC representante:					
Permiso de funcionamiento:			Si: ☐ No: ☐		Contacto:		Correo electrónico:				
Ingresos:		Ingresos del año anterior:				Estimado de ventas año actual:					
INFORMACIÓN SOBRE EL MONTO ASEGURADO PARA SOCIEDADES MÉDICAS											
Monto de cobertura											
\$100.000,00 ☐		\$200.000,00 ☐		\$300.000,00 ☐		\$500.000,00 ☐		\$1.000.000,00 ☐			
PERSONAL Y SERVICIOS PRESTADOS DE SOCIEDADES MÉDICAS											
Listado de profesionales de la salud (médicos)			Otro tipo de especialidad de los profesionales de la salud (ejemplo fisioterapia, psicología, auxiliares, enfermeros, técnicos):				Listado de personal administrativo				
Especialidad		Número de médicos:	Especialidad		Número de especialistas:	Cargo		Número de personal			
Cirugía Plástica											
Cirugía Bariátrica, Ginecología y Obstetricia, Medicina estética ,Cirugía Maxilofacial											
Cirujanos (generales, traumatología, etc)											
Especialistas con técnicas invasivas											
Especialistas sin técnicas invasivas											
Médicos generales											
Odontología											
Implantología/Enfermería neonatal											
Tipo de servicios prestados en la institución médica al año		SI/NO	Cantidad		Otros servicios prestados:			Cantidad			
Cirugías plásticas		Si: ☐ No: ☐									
Cirugías bariátricas		Si: ☐ No: ☐									
Cirugías generales		Si: ☐ No: ☐									
Cirugías láser oftalmológico		Si: ☐ No: ☐									
Cirugías maxilofaciales		Si: ☐ No: ☐									
Obstetricia / Partos		Si: ☐ No: ☐									
Número de camas:		Número de quirófanos:			Número de cirugías al año:			Número de partos al año:			
¿Se exige un Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional a los profesionales de la salud del servicio clínico dentro de la empresa?								Si: ☐ No: ☐			
SOCIEDADES MÉDICAS EXPERIENCIA SINIESTRAL											
¿Cuenta con una póliza de responsabilidad civil societaria actualmente?:		Si: ☐ No: ☐		¿Con que compañía?:							
Fecha de cancelación/vencimiento de su última póliza:		Día:	Mes:	Año:	¿Ha sido rechazado para un seguro similar?			Si: ☐ No: ☐			
¿Existen actualmente reclamaciones abiertas presentadas en contra de la Sociedad Médica por una presunta mala práctica médica?				Si: ☐ No: ☐		¿Han existido en el pasado reclamaciones presentadas en contra de la Sociedad Médica por una presunta mala práctica médica?			Si: ☐ No: ☐		
¿Se tiene conocimiento de la existencia de alguna circunstancia que pueda generar una reclamación por daños causados a un Paciente por una presunta mala práctica médica?					Si: ☐ No: ☐		¿La institución ha sido sancionada a raíz de su práctica profesional (multa, clausura u otro tipo de sanción)?			Si: ☐ No: ☐	
¿La Sociedad Médica o cualquier dueño, socio, empleado o funcionario actual ha sido objeto de alguna sanción disciplinaria del gobierno o de alguna institución por una presunta mala práctica médica?										Si: ☐ No: ☐	
En caso de haber respondido si a cualquier de las preguntas anteriores, por favor detallar a continuación											
SECCIÓN 3 - COBERTURAS ADICIONALES											
Cobertura de Responsabilidad Civil de Explotación y Locativa				Si: ☐ No: ☐		Cobertura de Procedimientos de Laser Oftalmológico				Si: ☐ No: ☐	
Cobertura de Subsidio Por Inhabilitación Temporal Profesional				Si: ☐ No: ☐		Cobertura de Cirugía y Medicina Bariátrica				Si: ☐ No: ☐	
Cobertura de Daños Estéticos				Si: ☐ No: ☐		Cobertura Obstetricia y Atención De Partos				Si: ☐ No: ☐	

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 asegurador tiene derecho a dar por terminado el contrato si la modificación es producto de mala fe, dolo o fraude; o a exigir un ajuste en la prima si la modificación no es producto de mala fe, dolo o fraude.

El solicitante declara que todas las respuestas que constan en esta solicitud son exactas e indican la verdad.

Las declaraciones que anteceden forman parte integrante de la Póliza.

SECCIÓN 4.1.- DECLARACIÓN DE ORIGEN LÍCITO Y DESTINO DE RECURSOS

Declaro que los fondos provenientes de las actividades a la cual represento, tienen un origen lícito y legítimo y en especial declaro que que no provienen ni provendrán de ninguna actividad relacionada con el cultivo, fabricación, almacenamiento, transporte o tráfico ilícito de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, lavado de dinero o cualquier otra actividad ilegal o ilícita.

Los recursos que se deriven de la ejecución del contrato que mantengo con AMA América S.A Empresa de Seguros S.A., no se destinarán a la financiación de actividades terroristas en general o cualquier otra actividad ilegal o ilícita.

Conocedor (a) de las disposiciones legales, autorizo expresamente en forma libre y voluntaria e irrevocable a AMA América S.A Empresa de Seguros a realizar los análisis y verificaciones que considere necesarios, así como a proporcionar a las Autoridades Competentes mi información y la de mi representada si así lo requieren, así mismo renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de AMA América S.A Empresa de Seguros.

En caso de iniciarse investigaciones sobre mi persona y/o mi representada, relacionadas con las actividades antes señaladas o de producirse transacciones inusuales o injustificadas, AMA América S.A Empresa de Seguros podrá proporcionar a las autoridades competentes toda la información que tenga sobre las mismas o que le sea requerida.

SECCIÓN 5 - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En aplicación a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás normativa aplicable, AMA AMÉRICA indica expresamente que la información facilitada por el solicitante en el presente documento y en los adjuntos (en caso de aplicarse y haber sido entregados), se tratará para las siguientes finalidades:

- Analizar y tramitar su solicitud de contratación.
- Emitir la cotización o propuesta del seguro solicitado.
- Emitir y formalizar la correspondiente póliza de seguros.
- Notificar comunicaciones o documentos relacionados con la presente solicitud, cotización o propuesta y/o póliza contratada a los correos electrónicos indicados por el solicitante.
- Gestionar y tramitar los siniestros reportados.
- Enviar información comercial sobre descuentos, promociones o marketing de los productos propios de AMA AMÉRICA.

Lugar:

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, Planta Baja
Tel.: +593 (2) 382 6137
+593 (2) 382 6127
1800 AMA AMA (262 262)
098 307 4971

GUAYAQUIL

Av. Francisco de Orellana,
Edificio World Trade Center,
Planta Baja, Local 54.
Tel.: 099 283 9708
+ 593 (4) 3951 539

MANTA

Vía. Barbasquillo
Hospital Umiñamed,
Of. 204
Tel.: +593 (5) 245 2425
096 259 7561

CUENCA

Tel.: 095 882 3854

LOS SEGUROS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

www.amasegurosamerica.ec

SIGUENOS: [f](#) [ig](#) [X](#) [in](#)



LA ASEGURADORA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

