

Seguro de Responsabilidad Civil
para **Profesionales de la Salud**



Declaración de asegurabilidad

Código del asesor: 10863

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellido: _____ Número de identificación: _____

Tipo de documento de identificación: CC T.I C.E Pasaporte Registro civil Carné diplomático Otro

Teléfono: _____

INFORMACIÓN PROFESIONAL

• ¿Cuál es su profesión? _____

• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título?

• ¿En qué año se graduó?

• Número de tarjeta profesional:

• ¿Es especialista? Si No

• ¿Cuál es su profesión? _____

• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título?

• ¿En qué año se graduó?

• Número de tarjeta profesional:

INFORMACIÓN LABORAL

• Tiene consultorio? Si No

• ¿Tiene empleados a su servicio? Si No

• ¿Trabaja para alguna institución? Si No

• Nombre de la institución: _____

• Dirección: _____

• ¿Es pública? Si No

• ¿Ejerce su profesión fuera de Colombia? Si No

• ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos en su actividad profesional? Si No

Equipos de radiología con fines de diagnóstico.

Equipos de rayos X para terapéutica.

Equipos de tomografías por ordenador (Scanner).

Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.

Equipos de generación de rayos láser.

Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

- ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil en los últimos 5 años?

Si No

- Descríbala: _____

- ¿Tiene conocimiento de algún evento en los últimos 10 años que pueda comprometer su responsabilidad?

Si No

- Descríbala: _____

- ¿Ha tenido en los últimos 5 años un seguro que cubra su responsabilidad profesional?

Si No

- Compañía aseguradora _____

- Valor asegurado _____

- Vigencia _____

Declaro que los puntos expuestos e indicados en esta solicitud son ciertos y que no he modificado ni ocultado información.

Fecha: _____ Valor Asegurado escogido:\$ _____

FIRMA _____