

## FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

DATOS SOBRE COBERTURA SOLICITADA			
Fecha original de petición de la póliza DD		MM 01 AA 2024	
OPCION DE SUMA ASEGURADA	OPCION 1.	OPCION 2.	OPCION 3.
NOTA; Todas las preguntas deben ser respondidas en su totalidad, sin enmendaduras, ni tallones, y sin dejar espacios en blanco.			
INFORMACION DEL TOMADOR DEL SEGURO			
Nombre de la Institución (entidad): UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA			
Ubicación de la Entidad: CARRERA 11 No. 101 - 80		Ciudad: BOGOTÁ D.C.	
Números de teléfono: 6500000		Departamento: CUNDINAMARCA	
Nivel de Complejidad:			
Nombre del Director Médico			
INFORMACION PRACTICA			
No. de camas de internación:		No. de salas de operaciones:	
Uso promedio de las camas:		No. de camas Unidad de Cuidados Intensivos:	
No. de camas para recién nacidos:		No. de camas Unidad de Cuidad. Intensiv. Neonatal:	
Promedio de Pacientes que atiende anualmente:		Promedio de pacientes mensualmente:	
Alguno de los servicios profesionales que presta la entidad son contratados con Terceros; SI ( ) NO ( )			
Si la respuesta es sí, indicar cuales:			
Indicar si es requisito la presentación de seguro de RC Profesional:			
INFORMACION SOBRE PERSONAL			
Marque con una "X" según corresponda;			
Grupo A Numero de <i>médicos bajo relación laboral</i> , de acuerdo a su especialización.			
Grupo B Numero de <i>médicos autorizados para ejercer su profesión dentro de la institución</i> de acuerdo a su especialización			
Categoría	Descripción Categoría	Número de médicos Grupo A	Número de médicos Grupo B
I	Anestesiólogos, Ginecólogos y Ginecobstetras.	2	
II	Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología Oftalmología y Radiología.		
III	Demás Médicos (Indicar especialidad)		
IV	Odontólogos y Ortodoncistas		
PRACTICA Y TRATAMIENTOS			
Enfermedades infecto contagiosas?		SI X	NO
¿Clínica médica?		SI X	NO
¿Geriatría?		SI X	NO
¿Psiquiatría?		SI X	NO
¿Pediatria?		SI X	NO
¿Tratamiento de enfermedades adictivas con internación?		SI X	NO
¿Cirugía Mayor?		SI X	NO
¿Cirugía Menor?		SI X	NO
¿Trasplante de Organos?		SI X	NO
¿Traumatología y Ortopedia?		SI X	NO
¿Obstetricia y Ginecología?		SI X	NO
¿Cirugía Estética?		SI X	NO
¿Existe un banco de sangre?		SI	NO X
¿Se suministra conservas de sangre a otras instituciones?		SI	NO X
¿Existe una farmacia propia?		SI	NO X
En caso afirmativo indicar el número de farmacéuticos titulados:		SI _____	NO X _____
¿Existe laboratorio propio de análisis clínicos?		SI _____	NO X _____
En caso afirmativo indicar el número de químicos/laboratoristas titulados:		SI _____	NO X _____
¿La institución tiene un sistema instalado para el tratamiento de desechos infecciosos?		SI _____	NO X _____



## FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

¿Practica procedimientos diferentes a los antes relacionados?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Si el punto anterior es (SI), brindar mayores detalles:		
Existen uno o varios de los siguientes Equipos:		
➤ Equipo de Radiografía con fines de diagnóstico:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> (X), indicar cuantos _____
➤ Equipo de Rayos X confines de diagnóstico:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> (X), indicar cuantos _____
➤ Equipo de tomografía por Ordenador:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> (X), indicar cuantos _____
➤ Equipos de Radiación por isotopos para terapia:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/> (X), indicar cuantos _____
<b>INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES</b>		
En este campo debe responder sinceramente sobre los incidentes, reclamos extrajudiciales, demandas o investigaciones, presentadas, conocidas o notificadas durante los últimos cinco (5) años, y que tengan relación o se deriven de la práctica profesional de la prestación de servicios médicos, hospitalarios o de salud. En caso de ser positiva alguna de las siguientes respuestas, la entidad deberá entregar información detallada en un archivo adicional o diligenciando el Anexo No. 1.		
a. ¿Ha Tenido alguna reclamación extrajudicial, derivada o asociada con la responsabilidad civil profesional en los últimos cinco (5) años? SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/> (X).		
b. Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia, que pueda llegar a comprometer la responsabilidad civil profesional de la entidad, por los que pueda llegar a recibir algún reclamo o demanda? SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/> (X).		
b. La entidad o alguno de sus profesionales al servicio, ha sido notificada de una demanda o investigación derivada o asociada con la responsabilidad civil profesional en los últimos cinco (5) años? SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/> (X).		
c. Alguna agencia gubernamental ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la institución o sus licencias? SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/> (X).		
<b>INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS</b>		
a. Ha tenido en los últimos cinco (5) años, contratado Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. SI <input checked="" type="checkbox"/> (X), NO <input type="checkbox"/> ( ) En caso afirmativo dar detalles: Compañía: UNIÓN TEMPORAL ASEGURADORA SOLIDARIA - CHUBB SEGUROS Limite Asegurado: \$1.000.000.001 Vigencia del Seguro: DESDE EL 01-12-2023 HASTA 29-04-2024 Fecha de retroactividad que trae actualmente: A partir de _____		
b. Alguna compañía de seguros ha cancelado, declinado o modificado la cobertura? (Ej. Reducción de límites, restricciones a la cobertura etc.) o rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional a la institución? SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/> (X).		
<b>CONSTANCIA DE ASESORIA</b>		
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:		
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.		
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.		
3. El alcance de los servicios de intermediación.		
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.		
5. La forma de vinculación contractual del Intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).		
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.		
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.		
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.		
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.		
<b>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b>		
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manu al de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <a href="https://www.aseguradorasolidaria.com.co">https://www.aseguradorasolidaria.com.co</a> ; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.		
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.		



INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS

Con la firma del presente documento, se declara y garantiza que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos, corresponde a información actualizada a la fecha de diligenciamiento y al verdadero estado de la entidad, y que no se ha omitido, ni mentido sobre ningún hecho material, y se conviene que el presente formulario de propuesta, forma las bases de todo contrato con los aseguradores de la cobertura solicitada.

Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe de circunstancias conocidas por el asegurado, dará lugar a la aplicación de las sanciones o consecuencias que señala las normas que rigen lo pertinente al contrato de seguros en Colombia.




En constancia de lo anterior;



FIRMA:

NOMBRE: Brigadier General (R) **MILTON ORLANDO VARGAS MARIÑO**  
C.C. No. 88.001.587 de Chinacota (Norte de Santander)  
CARGO: Vicerrector General encargado de Funciones de Rector, Universidad Militar Nueva Granada  
DIRECCIÓN: Carrera 11 N° 101- 80 /Edificio Administrativo.  
TELÉFONO: 6500000 Ext. 1051-1002  
NIT: 800.225.340-8  
FECHA: Bogotá, D.C, enero de 2024

Vo.Bo.

- Decano Facultad Medicina. 
- Oficina Protección de Patrimonio 
- Oficina Asesora Jurídica: (revisión) 





FM-SUSG-14 V3 09/03/2022





ANEXO No. 1

NOTA; Este anexo solo será diligenciado en los casos donde alguna de las respuestas al capítulo de **INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES** se haya respondido de manera afirmativa.

Fecha Ocurrencia	Fecha de reclamo	Fecha notificación	Detalle de los hechos	Valor de la Pretensión	Estado Actual



