

Seguro de Responsabilidad Civil para Clínicas, Hospitales, Laboratorios u otras empresas prestadoras de servicios para la Salud

Cuestionario para la cotización del
seguro de responsabilidad civil y de responsabilidad
profesional para hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios
u otras empresas prestadoras de servicios para la salud.

Servicios para organizaciones.

**Por favor conteste todas las preguntas.
Si requiere aclaraciones quedamos a sus órdenes.**

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

1.1 Nombre:

1.2. Domicilio:

1.3. Ubicaciones:

1.4. R. F. C.:

En caso de que la póliza se contrate por alguien diferente al Asegurado, por favor responder los siguientes puntos:

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

2.1. Nombre:

2.2. Giro o actividad:

2.3. R. F. C.:

2.4. Domicilio:

3. INFORMACIÓN DEL RIESGO

3.1. Vigencia solicitada:

3.2. Suma asegurada solicitada y moneda:

3.3. Descripción de los servicios que ofrece y adicionar una copia del permiso de COFEPRIS: (aviso de funcionamiento y/o licencia sanitaria)

3.4. Anexar copia del manual de procedimientos del trámite de la credencialización de los profesionales de la salud.

3.5. Del Responsable Sanitario del establecimiento de salud, indicar: nombre, cédula de medicina general, indicar las especialidades con las que cuenta así como las cédula(s) respectivas y el horario en el que él labora:

3.6. Especificar si cuenta con banco de sangre, de sus derivados, o de tejidos: Anexar del Responsable Sanitario del Banco de Sangre: Nombre, cédula de medicina general y cédula de especialidad y el horario en el que labora.

3.7. Incluyen sus servicios enseñanza y formación de profesionales médicos o de las profesiones auxiliares o técnicos de la medicina:

Sí

No

3.8. Indicar si el nosocomio, cuenta dentro de sus instalaciones, con servicios NO propios (subrogados u outsourcing), de apoyo al diagnóstico, terapéutica, rehabilitación, de enfermería u otros servicios inherentes y necesarios para la operación del establecimiento, por favor detallar:

3.8.1 En Caso de clínicas y hospitales: Anexar contrato de prestación de servicios de ambulancia para el traslado de pacientes a otros hospitales con mayor capacidad resolutive.

3.9. Entre los servicios que ofrece el establecimiento de salud, recibe pacientes de médicos externos (abierto), o se limita a la recepción de los usuarios de servicios de salud, que ingresan por el nosocomio (cerrado), por favor especificar:

4. SERVICIOS Y RECURSOS (EXCLUSIVO PARA HOSPITALES, CLINICAS, SANATORIOS Y SIMILARES).

4.1. Indique el número de camas con que cuenta:

Censables

No censables

4.2. Indique cuantas de las camas anteriores se destinan a los servicios de:

Cuidados coronarios

Terapia intensiva e intermedia
(Incluyendo la neonatal)

Choque

Recuperación

Urgencias

Otras, especificar

4.2. Indique el número de:

Quirófanos

Salas de expulsión

4.3. Indique el precio de:

Cuarto estándar por día \$

4.4. En caso de contar con servicios odontológicos, indique el número de sillones:

4.5. Indique el número y descripción de la profesión del personal técnico o auxiliar de la medicina, bajo relación de trabajo con los que cuenta:

4.6. Indique el número y descripción del personal médico bajo relación de trabajo con los que cuenta:

4.7. Describa las áreas con que cuenta:

Obstetricia

Cirugía

Anestesia

Urgencias

Recuperación

Quirófanos

Labor y expulsión

Terapias intensivas

Otras, especificar

4.8. Indique la cantidad de personal NO médico bajo relación de trabajo con los que cuenta:

4.9. Sí cuenta con torre o espacio destinado a consultorios arrendados, indique el número de consultorios:

4.10. De los consultorios anteriores indicar el número de médicos y/u odontólogos que conforman la población fija:

4.11. De los consultorios anteriores indicar el número de médicos y/u odontólogos que conforman la población flotante:

5. SERVICIOS Y RECURSOS (EXCLUSIVO PARA LABORATORIOS, GABINETES U OTRAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS PARA LA SALUD).

5.1. Indique si dentro de sus instalaciones se realizan procedimientos de apoyo al diagnóstico de tipo intervencionista o radioterapias:

No

Sí

Especificar _____

5.2. Indique de los tipos de equipo y estancias que se indica la cantidad de cada uno, el año de fabricación y mantenimiento preventivo de equipos

propios para el diagnóstico, terapéutica y rehabilitación, con que cuenta:

Tipo	Cantidad
Radiología:	
Tomografía axial Computarizada:	
medicina nuclear:	
Ultrasonografía:	
Radioterapia:	
De corriente estimulante:	
De diagnóstico vital:	
De esterilización:	
Cubículo de choque:	
Cubículo de endoscopia	
Equipos de hemodiálisis	

5.3. Indique la cantidad de personal bajo relación de trabajo con que cuenta para esta sección:

Médicos	<input type="text"/>
Enfermeras	<input type="text"/>
Otros profesionales	<input type="text"/>
Técnicos	<input type="text"/>
Auxiliares	<input type="text"/>
Otro tipo	<input type="text"/>

6. EXPERIENCIA SINIESTRAL.

6.1. Indique si, con motivo de sus actividades profesionales, ha recibido, durante los últimos tres años, reclamaciones judiciales o extrajudiciales y



si, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros (detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos):

En caso necesario continúe en hoja adicional.

Nota: En algunos casos se puede requerir respuesta a preguntas adicionales.

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que se transcriben a continuación:

“Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

**Firma del solicitante
(Nombre y Puesto)**

Lugar y fecha: