



CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Para hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y demás
empresas prestadoras de servicios para la salud

FORMULARIO DIGITAL — LLÉNALO DIRECTO EN TU COMPUTADORA



Instrucciones de llenado

- Este cuestionario es rellenable: ábrelo con Adobe Acrobat Reader (gratuito) o cualquier lector de PDF compatible con formularios, haz clic en cada campo y escribe directamente desde tu computadora — no necesitas imprimirlo.
- Los recuadros grises son campos de texto; los cuadros son casillas de selección y los círculos son opciones únicas (elige solo una por grupo).
- Al terminar, guarda el archivo (Ctrl/Cmd + S) y envíalo por correo a contacto@fifthymedic.com, o adjúntalo en tu chat de WhatsApp con tu asesor.
- Si alguna pregunta no aplica a tu establecimiento, escribe "N/A".
- Ante cualquier duda, tu asesor Fifty Medic está para acompañarte durante todo el proceso.

Consejo: usa la tecla Tab para saltar de un campo al siguiente sin usar el mouse — llenarlo te tomará solo un par de minutos.

1. Datos de la póliza

Nueva Renovación

Número de póliza anterior (en caso de renovación)

2. Vigencia de la póliza

Vigencia desde (día) Mes Año Vigencia hasta (día) Mes Año

Forma de pago

Anual Semestral

Moneda

Nacional Extranjera

3. Método de pago

Efectivo Cheque Tarjeta de débito Tarjeta de crédito Transferencia bancaria

Nota importante: te recordamos que, de acuerdo con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si la prima o la fracción correspondiente no ha sido pagada dentro del plazo convenido (en caso de pago en parcialidades), los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día hábil de ese plazo.

4. Datos del solicitante y domicilio fiscal

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s) / Razón o denominación social

Tipo de persona

Persona física

Persona moral

Nacionalidad

Mexicana

Extranjera

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

Tipo de identificación del solicitante

Número de identificación

a) Domicilio fiscal del asegurado

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Alcaldía o municipio

Estado

Código postal

5. Datos del representante legal

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

6. Contratación a través de un tercero

Si la contratación del seguro se realiza para una persona distinta a quien firma este documento o a quien liquida la prima (dándole así la calidad de Contratante), completa los siguientes datos generales y la actividad o giro al que se dedica.

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Cuestionario de Responsabilidad Civil y Profesional

Hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y prestadores de servicios de salud · formulario digital rellenable



Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

a) Domicilio fiscal del contratante

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Alcaldía o municipio

Estado

Código postal

Actividad o giro al que se dedica

7. Información del riesgo

7.1 Suma asegurada que deseas contratar

Suma mínima a contemplar: \$3,000,000.00 (tres millones de pesos M.N.). Un monto menor está sujeto a previa aprobación de la aseguradora.

Es importante mencionarle que a partir del mes de septiembre del 2025 el promedio de una reclamación es de \$12,500,000 (Doce millones quinientos mil pesos 00/100 M.N.), por lo que es importante considere este punto. Como recomendación, de acuerdo a la experiencia general, si su clínica u hospital cuenta con 1 o más quirófanos, la suma asegurada mínima recomendada sería de \$60,000,000 (sesenta millones de pesos 00/100 M.N.).

7.2 Tipo y alcance del establecimiento

Clínica ambulatoria

Clínica con hospitalización

Hospital general

Hospital especializado

En caso de hospital especializado, indicar especialidad

Anexar copia del manual de procedimientos del trámite de credencialización de las profesiones de la salud.

7.3 Responsable sanitario del establecimiento: nombre, cédula de Medicina General, especialidades con las que cuenta, cédulas respectivas y horario en el que labora.

7.4 ¿Cuentas con Banco de Sangre, de sus derivados o de tejidos? En su caso, indicar nombre, cédula de Medicina General, cédula de especialidad y horario del responsable sanitario del Banco de Sangre.

7.5 ¿Incluyen servicios de enseñanza y formación de profesionales médicos o de profesiones auxiliares o técnicas de la medicina?

Sí

No

7.6 ¿El establecimiento cuenta con servicios NO propios (subrogados u outsourcing) de apoyo al diagnóstico, terapéutica, rehabilitación, enfermería u otros servicios necesarios para su operación? Por favor detalla:

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

7.7 ¿El establecimiento recibe pacientes de médicos externos (abierto) o se limita a la recepción de usuarios que ingresan directamente por el nosocomio (cerrado)? Especifica:

8. Servicios y recursos — exclusivo para hospitales, clínicas, sanatorios y similares

8.1 Número de camas con que cuentas

Censables (camas para hospitalización)

No censables (camillas, sillones de atención, etc.)

8.2 De las camas anteriores, ¿cuántas se destinan a los servicios de...?

Cuidados coronarios

Terapia intensiva e intermedia (incl. neonatal)

Choque

Recuperación

Urgencias

Otras, especificar

8.3 Número de instalaciones

Quirófanos

Salas de expulsión

Sillones (servicios odontológicos)

8.4 Precio de cuota estándar por día

8.5 Número y descripción del personal técnico o auxiliar de la medicina bajo relación de trabajo con el que cuentas:

8.6 Número y descripción del personal médico bajo relación de trabajo con el que cuentas:

8.7 ¿El personal recibe capacitaciones o actualizaciones periódicas?

Sí

No

8.8 ¿Cuentas con certificaciones actualizadas en los expedientes de los médicos?

Sí

No

8.9 Áreas con las que cuenta el establecimiento (indica el número de cada una)

Obstetricia	Recuperación	Cirugía
Quirófanos	Anestesia	Labor y expulsión
Urgencias	Terapias intensivas	Servicios de urgencias / emergencia
Otro		

Horario de atención

24 horas Horario regular

8.10 Cantidad de personal NO médico (limpieza, mantenimiento, etc.) bajo relación de trabajo con el que cuentas:

8.11 Si cuentas con torre o espacio destinado a consultorios arrendados, indica el número de consultorios:

8.12 Médicos u odontólogos de población fija en esos consultorios

8.13 Médicos u odontólogos de población flotante en esos consultorios

9. Servicios y recursos — exclusivo para laboratorios, gabinetes u otras empresas prestadoras de servicios de salud

9.1 ¿Dentro de tus instalaciones se realizan procedimientos de apoyo al diagnóstico de tipo intervencionista o radioterapias?

Sí No

Especificar

9.2 Tipos de equipo propio para diagnóstico: cantidad, año de fabricación y frecuencia de mantenimiento preventivo

Tipo de equipo	Cantidad	Año de fabricación	Frecuencia de mantenimiento
Rayos X			
Tomografía computarizada (TAC)			
Resonancia magnética (RMN)			
Ultrasonido / Ecografía			
Monitores de signos vitales			
Ventiladores mecánicos			
Equipos de anestesia			
Equipos quirúrgicos estándar			
Autoclaves / esterilizadores			
Laboratorio clínico completo			

Equipos modernos / alta tecnología: cantidad, marca/modelo y año de instalación

Tipo de equipo	Cantidad	Marca / Modelo	Año de instalación
Robot quirúrgico (ej. Da Vinci)			
Cirugía asistida por imagen 3D / RA			
IA (Inteligencia Artificial) para diagnóstico médico			
CyberKnife / Gamma Knife (sistema robótico de radiocirugía)			
Dispensadores automáticos de medicación			
Monitorización remota			
Historia clínica electrónica en la nube			
Plataformas de telemedicina			

Anexa en una hoja adicional el año de fabricación y los mantenimientos realizados a los equipos declarados.

Personal bajo relación de trabajo con el que cuentas para esta sección:

Médicos	Enfermeras
Otros profesionales	Auxiliares
Técnicos	Otro tipo

Personal bajo esquemas de servicios con terceros, outsourcing u honorarios:

Médicos	Enfermeras
Otros profesionales	Auxiliares
Técnicos	Otro tipo

10. Experiencia siniestral

10.1 ¿Con motivo de tus actividades profesionales has recibido, durante los últimos tres años, reclamaciones judiciales o extrajudiciales, o has sufrido siniestros? Detalla las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos:

Este documento constituye únicamente una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que será aceptada, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

11. Consentimiento y firma del solicitante

Manifiesto que me han sido explicadas de manera clara y precisa el alcance, los términos, condiciones, limitantes y demás elementos de la cobertura del producto solicitado, y que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables.

Reconozco que Fifty Medic me ha puesto a disposición, de manera electrónica y/o física, la documentación contractual correspondiente, y que puedo consultarla en cualquier momento en www.fifthymedic.com.

Consiento que se me haga entrega de la documentación de esta póliza en formato electrónico:

____ Acepto

____ No acepto

Correo electrónico al cual serán enviadas (en caso afirmativo)

Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que opero proceden de actividades lícitas, y que los datos proporcionados en este documento son verídicos y fidedignos, autorizando a Fifty Medic y a la aseguradora a corroborar esta información en caso de estimarse conveniente.

Fechado en (ciudad)

Día

Mes

Año

Nombre completo del solicitante / contratante

Firma (escribe tu nombre)

Nota: al ser un documento digital, la "firma" en este campo equivale a tu conformidad por escrito. Si tu aseguradora requiere firma autógrafa o electrónica avanzada, tu asesor Fifty Medic te indicará el paso adicional necesario.

Aviso de privacidad

Fifty Medic S.A. de C.V. ("Fifty Medic"), con portal de internet www.fifthymedic.com, es responsable del uso y protección de tus datos personales. Los datos que nos proporciones, por cualquier medio, así como los generados con motivo de la relación contractual que tengamos o lleguemos a tener contigo, serán utilizados para las siguientes finalidades, necesarias para el servicio solicitado:

- Evaluar tu solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, gestionar la emisión, administración, mantenimiento y renovación de tu póliza ante la institución de seguros correspondiente.
- Dar trámite a solicitudes de pago de siniestros, prevención de fraude y cumplimiento de nuestras obligaciones conforme a la normatividad aplicable.
- Dar seguimiento comercial y brindarte atención personalizada como cliente o prospecto.

De manera adicional, podremos utilizar tu información para fines de mercadotecnia publicitaria y prospección comercial. Si no deseas que tus datos se utilicen para estos fines secundarios, indícalo a continuación:

Mercadotecnia publicitaria

Prospección comercial

Tu negativa a estos fines secundarios no será motivo para negarte los servicios o productos que solicites o contrates. Para conocer los términos y condiciones completos del tratamiento de tus datos, así como la forma de ejercer tus derechos ARCO, puedes escribir a contacto@fifthymedic.com o consultar el aviso de privacidad integral en www.fifthymedic.com.

Firma del solicitante (escribe tu nombre)

Obligación del agente / asesor de seguros

De acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el artículo 5° del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas, tu asesor Fifty Medic está obligado a proporcionarte información amplia y detallada sobre el alcance real de tu cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, así como a hacer llegar a la institución de seguros la información precisa y relevante relativa al riesgo cuya cobertura se propone.

¿Tienes dudas para llenar este cuestionario? Escríbenos y con gusto te acompañamos en todo el proceso — 442 467 0230 · contacto@fifthymedic.com · www.fifthymedic.com