

# Tutorial para llenado de solicitud Seguro de Responsabilidad Civil Médica



# PROCEDIMIENTO

Para acceder a tomar un seguro de Responsabilidad Civil Médica de AMA AMERICA debemos contemplar los siguientes pasos:

- Llenar formulario de ubicación de Riesgo del Médico
- Llenar formulario de vinculación (persona Natural)

Además debemos adjuntar la siguiente documentación:

- Copia cédula de identidad y papeleta de votación del asegurado y su cónyuge (de ser casado).
- Copia de un servicio básico de cualquiera de los últimos tres meses.
- Copia del impuesto a la renta del año inmediatamente anterior (Relación de dependencia – formulario 107 y sin relación de dependencia – formulario 102)

# FORMULARIO DE UBICACIÓN DE RIESGO - HOJA 1 INFORMACION GENERAL



Favor responder cada una de las preguntas y si el espacio es insuficiente hacerlo en hojas separadas indicando la pregunta.

**SECCIÓN 1 - DATOS GENERALES**

|  |  |
|--|--|
| Apellidos, Nombres:  |  |
| Lugar y fecha de nacimiento: , / / (DD/MM/AAAA)  |  |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino   |  |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorcedo <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión de Hecho |  |
| Tipo de documento: <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte Número:   |  |
| Dirección del consultorio:   |  |
| Referencia de la dirección:  |  |
| Teléfono consultorio: Fax:   |  |
| Correo electrónico:  |  |
| Dirección del domicilio:   |  |
| Referencia de la dirección:  |  |
| Teléfono domicilio:  |  |
| Lugar donde se desea recibir la correspondencia: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio   |  |
| Año de finalización de estudios: (AAAA)  |  |
| Ocupación:   |  |
| Diploma(s) / Institución que los otorgó:   |  |
| Trabaja de forma independiente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No  |  |
| ¿Si no, bajo qué forma de asociación ejerce?   |  |

Nombre completo del asegurado

Datos del consultorio donde trabaja

Año de finalización de estudios de pre grado y post grado.

Diploma obtenido en la carrera de pregrado y el obtenido en la especialización o post grado.

Especificar si mantiene relación de dependencia, Un vinculo laboral de otra naturaleza, si trabaja de manera independiente o mixta (cualquiera de las combinaciones).

Es importante señalar en los lugares que mantiene relación de dependencia u otro tipo de relación laboral permanente o si se realiza práctica profesional independiente de manera eventual.

# FORMULARIO DE UBICACIÓN DE RIESGO - HOJA 2, 3 Y 4 UBICACIÓN DE RIESGO

**SECCIÓN 2 - INDICACIÓN DEL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZA**

Marque todas las operaciones que correspondan a su situación:

**CLASE 1. - ÚNICAMENTE CONSULTAS**  
Únicamente para consultas con fines de prevención diagnóstico clínico y que no realice ninguna clase de cirugía (mayor o menor) o ningún proceso invasivo (mayor o menor): sí  no

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergología     | <input type="checkbox"/> Fisiatría         | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear     | <input type="checkbox"/> Odontología          | <input type="checkbox"/> Rehabilitación Física |
| <input type="checkbox"/> Andrología      | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Medicina Ocupacional | <input type="checkbox"/> Oncología            | <input type="checkbox"/> Neumología            |
| <input type="checkbox"/> Cardiología     | <input type="checkbox"/> Genética          | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva  | <input type="checkbox"/> Ortopedia            | <input type="checkbox"/> Salud Pública         |
| <input type="checkbox"/> Citodiagnóstico | <input type="checkbox"/> Ginecología       | <input type="checkbox"/> Nefrología           | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Vasculat              |
| <input type="checkbox"/> Dermatología    | <input type="checkbox"/> Hematología       | <input type="checkbox"/> Neurología           | <input type="checkbox"/> Patología            | <input type="checkbox"/> Diabetología          |
| <input type="checkbox"/> Homeopatía      | <input type="checkbox"/> Neurología        | <input type="checkbox"/> Pediatría            | <input type="checkbox"/> Ecografía            | <input type="checkbox"/> Infectología          |
| <input type="checkbox"/> Nutrición       | <input type="checkbox"/> Psicoanálisis     | <input type="checkbox"/> Medicina Forense     | <input type="checkbox"/> Endocrinología       | <input type="checkbox"/> Obstetricia           |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría     | <input type="checkbox"/> Farmacología      | <input type="checkbox"/> Medicina Legal       | <input type="checkbox"/> Ginecología          | <input type="checkbox"/> Radiología            |

Otra especifique: \_\_\_\_\_

**CLASE 2. - CIRUGÍA MENOR**  
\*Nota: Todas las siguientes categorías se enmarcan dentro de la práctica de cirugía menor

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular           | <input type="checkbox"/> Ginecología             | <input type="checkbox"/> Nefrología                 | <input type="checkbox"/> Patología                    | <input type="checkbox"/> Maxilofacial con implante |
| <input type="checkbox"/> Dermatología             | <input type="checkbox"/> Hematología             | <input type="checkbox"/> Neurología Incluye niños   | <input type="checkbox"/> Pediatría                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas | <input type="checkbox"/> Oftalmología            | <input type="checkbox"/> Con radiología diagnóstica | <input type="checkbox"/> Endocrinología               | <input type="checkbox"/> Medicina Intensiva        |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia quirúrgica     | <input type="checkbox"/> Rinología               | <input type="checkbox"/> Gastroenterología          | <input type="checkbox"/> Laringología                 | <input type="checkbox"/> Otorlogía                 |
| <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva        | <input type="checkbox"/> Unidad Coronaria        | <input type="checkbox"/> Geriátrico                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades Neuro-Plásticas | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología      |
| <input type="checkbox"/> Neonatología sin cirugía | <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____ |   |   |  |

Lo deberá llenar únicamente el médico que no realice ningún tipo de procedimiento invasivo, únicamente consultas.

**CLASE 3. - PROCEDIMIENTOS POCO INVASIVOS**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia           | <input type="checkbox"/> Laparoscopia (parto no escopía)   | <input type="checkbox"/> Dilatación endoscópica neumática o mecánica (sin catéter ni olivá) |
| <input type="checkbox"/> Colonigloporoscopia    | <input type="checkbox"/> Biopsia prepapilar (sin papila pedunculada y pedículo pero no ligadura, clip, ni marcadura con) | <input type="checkbox"/> Inyecciones de sustancia contrasto o radiopaca                     |
| <input type="checkbox"/> Retrograda endoscópica | <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____   |   |

**CLASE 4. - PROCEDIMIENTOS INVASIVOS IMPORTANTES**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angiografía       | <input type="checkbox"/> Esofagoscopia      | <input type="checkbox"/> Urografía               | <input type="checkbox"/> Terapia radiante |
| <input type="checkbox"/> Arteriografía     | <input type="checkbox"/> Hemodinámica       | <input type="checkbox"/> Mielografiá             | <input type="checkbox"/> Terapia de shock |
| <input type="checkbox"/> Broncofibroscopia | <input type="checkbox"/> Discografía        | <input type="checkbox"/> Fluorografía            | <input type="checkbox"/> Cristalicación   |
| <input type="checkbox"/> Terapia Laser     | <input type="checkbox"/> Neumonocistografía | <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____ |   |

**CLASE 5. - CIRUGÍA DE:**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colon y recto  | <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Cirugía Otorlogía | <input type="checkbox"/> Otorrinología |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Geriátrica        | <input type="checkbox"/> Nefrología        | <input type="checkbox"/> Urología      |

**CLASE 6. - CIRUGÍA DE:**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emergencia - sin cirugía importante         | <input type="checkbox"/> Laringología                | <input type="checkbox"/> Cirugía Otorlogía            | <input type="checkbox"/> Cirugía Rinológica |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de practicante general o de familia | <input type="checkbox"/> Cirugía oral o maxilofacial | <input type="checkbox"/> Cirugía otorrinolaringología |   |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____                     |  |   |   |

**CLASE 7. - CIRUGÍA DE:**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía dermatológica                    | <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello                       | <input type="checkbox"/> Abdominal      |
| <input type="checkbox"/> Cirugía General (sin otra clasificación) | <input type="checkbox"/> Neonatología                          | <input type="checkbox"/> Laparotomía    |
| <input type="checkbox"/> Ginecología                              | <input type="checkbox"/> Pediatría                             | <input type="checkbox"/> Anestesiología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mano                          | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica Otorrinolaringología |   |
| <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____                  |  |   |

**CLASE 8. - CIRUGÍA DE:**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardíaca       | <input type="checkbox"/> Torácica                | <input type="checkbox"/> Robótica                    |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Traumatológica          | <input type="checkbox"/> Neurología incluyendo niños |
| <input type="checkbox"/> Ortopédica     | <input type="checkbox"/> Vasculat                | <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecológica  |
| <input type="checkbox"/> Obstétrica     | <input type="checkbox"/> Otra especifique: _____ |  |

Señalar todos los procedimientos en los cuales se puede enmarcar su práctica profesional.

De no detallarse algún procedimiento que suela realizar, favor describirlo en los espacios al final de cada sección.

# FORMULARIO DE UBICACIÓN DE RIESGO - HOJA 5 EXPERIENCIA SINIESTRAL

**AMA**  
Mutual Aseguradora  
ECUADOR  
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
SOLUCIONES SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y OTRAS PROFESIONES DEL SECTOR SALUD

**SECCIÓN 3 - SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL**

|  |   |
|--|---|
| ¿Está/estuvo ya asegurado?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, indicar con que Compañía  |   |
| ¿Ya fue cancelada su póliza?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Fecha de cancelación   | / /   |
| ¿Alguna vez ha sido rechazado/declinado para un seguro similar?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se le aceptó dar el seguro bajo la aplicación de una cláusula restrictiva?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, indicar el nombre de la compañía  |   |
| Motivo del rechazo (confidencial)  |   |
| ¿Habiendo alguna vez un siniestro en el ejercicio de su actividad profesional?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, indicar cuando  | / /   |
| Monto del siniestro (confidencial)   | US\$  |
| Circunstancias (confidencial)  |   |
| ¿Ya presentó una declaración de siniestro eventual a alguna compañía?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, favor explicar (confidencial)   |   |
| ¿Ha sido objeto de demandas judiciales, o ha sido condenado judicialmente a consecuencia de su actividad profesional?  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, favor explicar (confidencial)   |   |
| ¿Ha sido sancionado a raíz de aspectos de su práctica profesional (retiro de licencia, multas u otro tipo de sanción)? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es SI, favor explicar (confidencial)   |   |

**SECCIÓN 4 - DECLARACIONES**

El suscrito 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 suscrito declara que todas las respuestas que constan en esta solicitud son exactas, indica la verdad, solamente la verdad y nada más que la verdad. Las declaraciones que anteceden forman parte integrante de la Póliza.

Conocedor de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía, en caso de emisión la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Conocedor de las disposiciones de la Ley de Prevención, de Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía, para que obtenga cualquier fuente de Información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e Información personal sobre mi comportamiento de mis obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha autorización a autoridades competentes, a organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentarias facultadas.

IRMADO EN \_\_\_\_\_ EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

Favor contestar el formulario acerca de seguros similares obtenidos anteriormente e información sobre reclamaciones o sanciones anteriores si hubiesen existido sobre su práctica Profesional.

Lugar y fecha de la firma de la solicitud

Firma del Asegurado





# FORMULARIO AUTORIZACION DE PAGO

Nombre del Pagador

No. Cedula o RUC

Datos de la tarjeta de crédito o cuenta de ahorros o corriente

Valor anual incluido impuestos

Es caso de aplicar a descuentos de convenios solo existe pago corriente, por lo tanto es el mismo valor que el anual

Datos del pagador

Firma del dueño de la cuenta o tarjeta



AUTORIZACION DE DEBITO BANCARIO POR PAGO DE PRIMAS A TRAVÉS DE INSTITUCIONES BANCARIAS

RECUERDE: ES OBLIGACION DEL ASEGURADO ENTREGAR ESTE DOCUMENTO LLENO Y FIRMADO A LA ASEGURADORA

Señores, Banco Internacional En razón a que acordamos con la compañía AMA AMERICA SEGUROS, el pago de la prima de:  
Póliza No. \_\_\_\_\_ Inclusiones y futuros movimientos que generen primas. SI  NO

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del solicitante y/o asegurado) portador de C.C. / RUC No. \_\_\_\_\_, autorizo a que se debite de mi cuenta.

Banco CORRIENTE  AHORROS  TARJETA  No. \_\_\_\_\_

TIPO DE TARJETA:  DINERS  VISA  MASTERCARD

OTRAS FECHA DE CADUCIDAD (MES/AÑO)   (MES)   (AÑO)

CODIGO DE SEGURIDAD

La suma total de \_\_\_\_\_ Cuota inicial anual (incluido impuestos) \_\_\_\_\_ y el saldo en \_\_\_\_\_ (Número de cuotas) de \_\_\_\_\_ cada una el 1  o 30  de cada mes

Desde ya me comprometo a mantener el saldo suficiente en mi tarjeta de crédito o cuenta de ahorros / corriente, para el débito correspondiente en las fechas acordadas (15 o 30) y acepto que se realice el débito en otras fechas si por carácter de fondos o por otras razones de fuerza mayor no se puede efectuar el cobro en las fechas acordadas. En caso de no poder efectuar el débito y que se acumulan varias cuotas, autorizo a que se debite, en una sola vez.

Por otra parte, excepto a que se de por terminado el contrato y conozco que me será retirada la cobertura del seguro, si después de que la Aseguradora no pueda recaudar las cuotas respectivas por fondos insuficientes, cancelación de la cuenta, cambio de la misma o cualquier otra causa no imputable a ella durante tres quincenas seguidas y llegando a tener 45 días vencido una o más cuotas. Cualquier instrucción para que se invalide esta autorización de débito la presentaré con 30 días de anticipación a AMA AMERICA SEGUROS, y a ustedes siempre y cuando se mantenga mi cuenta y mis saldos al día, exlmo a la entidad financiera de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por AMA AMERICA SEGUROS, por lo que cualquier error que implique realizar los débitos, no serán imputables a la Aseguradora ni a la Institución Financiera.

Ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
C/RUC: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CUENTE: \_\_\_\_\_

## Finalmente, la documentación a adjuntar es la siguiente:

- Copia de cédula y papeleta de votación del asegurado.
- Copia de cédula y papeleta de votación de su cónyuge.
- Copia de un servicio básico de cualquiera de los últimos 3 meses.
- Copia del impuesto a la renta
  - Relación de dependencia (formulario 107) ó 102 de declaración de Impuesto a la Renta.

## Persona de Contacto

**Carolina Díaz H.**

**Teléfono de contacto**

**0999 836 178**

**Correo electrónico**

**[cdiaz@belivebesure.com](mailto:cdiaz@belivebesure.com)**

**Web:**

**[www.belivebesure.com](http://www.belivebesure.com)**