CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

SECCIÓN I – SOLICITANTE

A. Información acerca de la institución

1. Razón Social: UNIVERSIDAD DEL TOLIMA NIT: 890.700.640-7
   Domicilio: CALLE 42 #18-1 BARRIO SANTA HELENA
   Ciudad: IBAGUE Departamento: TOLIMA
   Teléfonos: Fax:
   E - mail:

2. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):

   - ( ) Sociedad anónima
   - ( ) Sociedad profesional
   - ( ) Entidad con fines de lucro
   - ( ) Entidad sin fines de lucro
   - (X) Entidad de gobierno
   - ( ) Entidad religiosa
   - ( ) Individual
   - ( ) Otro:

3. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
SEDES (8)			

4. Licencia de Funcionamiento No. _____ (Adjuntar Copia)
   Otorgada por: _____ Fecha: ___/___/___
   Fecha de Expedición: ___/___/___ Fecha de Vencimiento: ___/___/___

5. Le han cancelado ó suspendido la Licencia de Funcionamiento, especifique por que:
   NUNCA

B. Información acerca del Administrador y/o responsable de la institución

1. Nombre completo:
   OMAR MEJIA PATIÑO

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad
RECTOR.	18 Meses.	Universidad del Tolima	Ibagué
DECANO DERECHO	1 AÑO	Universidad de Ibagué	Ibagué.

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA

a. Vigencia: Desde: 6 / 4 / 2017 Hasta: 6 / 4 / 2018.

b. Suma asegurada: 1) 184.429.250 2) _____

c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza ESTADO S.A. ¿Hace cuantos años? 2 años.

SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:

(X) Pública ( ) Privada ( ) Otra: _____

SECCIÓN IV - ENTIDADES QUE SE TIENE CONVENIO DEBIDAMENTE FIRMADO

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
VER LISTADO ADJUNTO			

SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES

1. Número total de Profesores: 112. Médicos: 50.
   Otros Profesiones: _____ No Profesionales: _____

2. ¿Se verifica y se comprueba la matrícula y diploma de los médicos profesores con antelación a su empleo o a permitir su uso de la institución y/o personal y/o equipos? (X) Sí ( ) No

a. En caso afirmativo, por favor indique:

Nombre de la persona que verifica	Cargo	Teléfono

b. ¿Cómo se hace dicha verificación?
EN EL MOMENTO DE LA CONVOCATORIA SE EXIJEN TODOS LOS REQUISITOS SOPORTES DE SU PROFESION, ES UNA SELECCION POR CONCURSOS DE MERITOS.

3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información? (X) Sí ( ) No

4. ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida? ( ) Sí (X) No

c. En caso afirmativo, por favor especifique: _____

5. Indique por favor la cantidad de alumnos y profesores para cada categoría. Use sólo una categoría para cada individuo reportado. Las categorías están detalladas en las páginas 5 y 6.

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

a. Total de Alumnos (adjuntar relación)

Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Otros
Clase 1	SE ADJUNTA RELACIÓN		Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales						

b. Profesores (adjuntar relación)

Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Otros
Clase 1	SE ADJUNTA RELACIÓN		Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales						

NOTA: En caso de no poder clasificar a los docentes dentro de las categorías anteriores, favor relacionarlos en anexo con sus respectivas profesiones y especialidades.

SECCIÓN VIII – GENERAL

NOTA: Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Profesional? ☐ Sí ☒ No

B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? ☐ Sí ☒ No

C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? ☐ Sí ☒ No

SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS

A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.

B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos.

La información sobre reclamos debe ser provista con respecto a responsabilidad civil profesional, responsabilidad civil general y cualquier otra reclamación de responsabilidad civil efectuada en su contra o en la de su corporación. Por favor provea su historial completo de reclamaciones (incluyendo los últimos 10 años, si esta información está disponible) en caso de ser necesario adjuntar anexo.

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T-Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha Terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación
N/A.						

Observaciones:

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar integramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una **declaración jurada**.

Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

Lugar y Fecha: IBAGUE, 21 MARZO DE 2018

Firma

Nombre: Fabian Mauricio Lautero B.

Cargo: Jefe División de Seguros

Aclaración:

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE MÉDICOS POR ESPECIALIZACIÓN

Médicos, Cirujanos y Dentistas		
Clase 1 – Sin Cirugía	**Clase 2 – Con Cirugía Menor**	**Clase 5 – Con Cirugía**
Medicina AeroEspacial	Enfermedades Vasculares	Colon y recto
Alergología	Dermatología	Endocrinológica
Enfermedades Cardiovasculares	Diabetología	Gastroenterológica
Diabetología	Endocrinología	Geriátrica
Endocrinología	Gastroenterología	Neoplásica
Médico General / Clínico	Geriatría	Nefrológica
Medicina Forense	Ginecología	Oftalmológica
Gastroenterología	Hematología	Urológica
Medicina General Preventiva	Enfermedades Infecciosas	
Geriatría	Cuidados Intensivos	**Clase 6 – Con Cirugía**
Hematología	Medicina Interna	Medicina de Emergencia – Sin Cirugía Mayor
Hipnosis	Laringología	Médico General / Clínico
Enfermedades Infecciosas	Neonatología	Laringológica
Medicina Interna	Enfermedades Neoplásicas	Oral y Maxilofacial
Laringología	Nefrología	Otológica
Enfermedades Neoplásicas	Neurología - Incluyendo niños	Otorrinolaringológica
Nefrología	Oftalmología	Rinológica
Neurología - Incluyendo niños	Ortopedia	
Medicina Nuclear	Otología	**Clase 7 – Con Cirugía**
Nutrición	Otorrinolaringología	Medicina de Emergencia – Con Cirugía Mayor
Medicina Ocupacional	Patología	Abdominal
Oncología - Sin procedimientos invasivos	Pediatría	Anestesiológica
Oftalmología	Radiología - Con Diagnóstico	Dermatológica
Ortopedia	Rinología	Ginecológica
Otología	**Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores**	Mano
Otorrinolaringología	Acupuntura - No anestésica	Cabeza y Cuello
Patología	Colonoscopia	Neonatológica
Farmacología	Laparoscopia	Pediátrica
Fisiatría	Biopsia por Punción	Plástica Otorrinolaringológica
Medicina Física y de Rehabilitación	Dilatación Esofágica Neumática o Mecánica	Plástica
Psiquiatría - Incluyendo niños	Inyecciones de Substancia de Contraste	
Psicoanálisis	**Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores**	**Clase 8 – Con Cirugía**
Medicina Psicosomática	Angiografía	Cardiaca
Salud Pública	Arteriografía	Enfermedades Cardiovasculares
Enfermedades Pulmonares	Broncoesofagoscopía	Ortopédica
Radiología – Diagnóstico	Caterización Cardiaca	Torácica
Reumatología	Discografía	Traumatológica
Rinología	Terapia de Láser	Vascular
	Linfangiografía	Neurológica – Incluyendo niños
	Mielografía	Obstétrica y Ginecológica
	Flebografía	Obstétrica
	Neumoencelografía	
	Terapia Radiante	
	Terapia de Shock	

CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

PREVISORA SEGUROS

	Otros Profesionales de la Salud	
Auxiliar de Anestesia	Farmacéutico	Mecánico Dental
Auxiliar de Laboratorio Clínico	Fisioterapeuta	Odontólogo sin Cirugía Maxilofacial
Auxiliar de Radiología	Fonoaudiólogo	Óptico Técnico
Bioquímico	Instrumentista	Técnico en Calzado Ortopédico
Citotécnico	Kinesiólogo	Técnico en Ortésis y Prótesis
Enfermera Profesional	Licenciado Nutricionista	Visitador de Higiene

***Cirugía mayor:** Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis, o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la operación, presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).

****Cirugía Menor:** Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. También incluye:
Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

*****Biopsia por Punción:** Incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.

******Cateterización:** No incluye Inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, Cateterización de la uretra, Cateterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.