

Seguro de Responsabilidad Civil
para Profesionales de la Salud

SURA 

Declaración de asegurabilidad

Código del asesor: 14013

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellido: ANA MARIA SAABERZA Número de identificación: 112 772 451
 Tipo de documento de identificación: CC T.I C.E Pasaporte Registro civil Carné diplomático Otro
 Teléfono: 3017050992

INFORMACIÓN PROFESIONAL

• ¿Cuál es su profesión? ENFERMERA

• ¿En cuál institución o universidad
le otorgaron el título?

universidad libre

• ¿En qué año se graduó?

27 Eno 2017

• Número de tarjeta profesional:

112 772 451

• ¿Es especialista? Si No

• ¿Cuál es su especialidad? _____

• ¿En cuál institución o universidad le otorgaron el título?

• ¿En qué año se graduó?

• Número de tarjeta profesional:

INFORMACIÓN LABORAL

• Tiene consultorio? Si No

• ¿Tiene empleados a su servicio? Si No

• ¿Trabaja para alguna institución? Si No

• Nombre de la institución: CLINICA
FARALLONES

• Dirección: C19C 50 25

• ¿Es pública? Si No

Ejerce su profesión fuera de Colombia? Si No

• ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos en su actividad profesional? Si No

Equipos de radiología con fines de diagnóstico.

Equipos de rayos X para terapéutica.

Equipos de tomografías por ordenador (Scanner).

Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.

Equipos de generación de rayos láser.

Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

- ¿Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil en los últimos 5 años?
 SI No

• Descríbala: Un paciente herido, pero no se cae
Fecha 8/11/2019

- ¿Tiene conocimiento de algún evento en los últimos 10 años que pueda comprometer su responsabilidad?
 SI No

• Descríbala: _____

- ¿Ha tenido en los últimos 5 años un seguro que cubra su responsabilidad profesional?
 SI No

• Compañía aseguradora Suna

• Valor asegurado 200'000.000

• Vigencia 12 - ENERO - 2022

COTIZACIÓN: SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

- ¿Cuáles alternativas de valor asegurado deseas cotizar?

1 200'000.000 3 _____

2 _____ 4 _____

- Señale si desea incluir las siguientes coberturas opcionales

- Responsabilidad del empleador
- Responsabilidad civil por el uso de equipos especiales

Declaro que los puntos expuestos e indicados en esta solicitud son ciertos y que no he modificado ni ocultado información.

Fecha: 25/3/2022

FIRMA [Firma manuscrita]

