

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL FORMULARIO DE SOLICITUD MÉDICOS

I.-Datos Generales

1. Nombre y apellido

2. Domicilio

3. a) ¿En qué universidad se graduó Ud.? b) Año de graduación.

4. ¿Dónde Ud. Ha ejercido su profesión desde la graduación? En.....desde.....hasta..... En.....desde.....hasta.....

5. ¿Dispone Ud. de la licencia correspondiente, en conformidad con las leyes, para ejercer en el domicilio indicado bajo el punto N°. 2? Número del registro médico:.....	Si No
--	-------

6. ¿Es Ud. Miembro de la asociación profesional?	Si No
--	-------

II.-Tipo y volumen de sus actividades presentes y de sus actividades futuras previsibles.

1. Se encuentra Ud. Ejerciendo como:	Si No
• Médico General	Si No
• Cirujano	Si No
• Cirujano Plástico	Si No
• Anestesiista	Si No
• Ginecólogo	Si No
• Urólogo	Si No
• Ortopeda	Si No
• Radiólogo	Si No
• Dentista	Si No
• Cualquier otra profesión no indicada (en caso afirmativo, por favor especificar cuál)	Si No

2. ¿Participa Ud. regularmente en el servicio de urgencias?	Si No
3. Nombre(s) del (de los) socio(s) Las preguntas formuladas arriba deben contestarse individualmente para cada socio.	
4. Nombre(s) del (de los) asistente(s) cualificado(s)	
5. Cantidad de enfermeras empleadas	
6. ¿Se encuentra Ud. bajo contrato mantiene una relación laboral de empleado con alguna compañía, entidad, hospital o clínica? En caso afirmativo, proporcionar más detalles	Si No
7. ¿Posee Ud. completa o parcialmente, dirige o administra algún hospital, casa de reposo u otra institución en la que se prestan habitualmente servicios médicos? ¿Tiene Ud. camas reservadas allí? En caso afirmativo, indicar más detalles, inclusive la cantidad de camas reservadas.	Si No
8. ¿Posee Ud. un equipo de rayos X o láser? En caso afirmativo, por favor indicar la cantidad, el tipo y si los equipos se utilizan para el diagnóstico, para el tratamiento o para ambos.	Si No
9. Cantidad de pacientes por año	

IV.-Cobertura Requerida

1. Límite por Reclamación	
2. Límite Agregado.	
3. Deducible a cargo del asegurado por cada reclamación.	

Yo declaro/ nosotros declaramos que los puntos expuestos e indicados en esta solicitud son ciertos y que no he(mos) modificado ni ocultado ningún tipo de hechos. Yo doy/ nosotros damos mi / nuestra aprobación para esta solicitud, junto con cualquier otra información que proporcione (mos), constituya las bases de cualquier contrato de seguros que formalice en el futuro.

La firma de esta solicitud no obliga al solicitante ni al suscriptor a contratar este seguro.

Esto se acuerda con fecha _____

A nombre y por cuenta de _____
(Introducir el nombre de la Compañía)

Firma del médico _____