PRUDENCIA Seguros

SOLICITUD DE POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL DE MEDICOS

INSTRUCTIVO:

a] Por favor, complete los datos solicitados en el formulario y adjunte toda información complementaria que se solicita. No olvide firmar y fechar al pié.
b] La información que se registre en el presente formulario reviste carácter de declaración jurada y forma parte de la póliza, por lo que cualquier omisión puede ser causal de nulidad por modificación de la calidad del riesgo.
c] En caso de que no exista espacio suficiente para alguna pregunta y/o aclaración sírvase utilizar el espacio indicado con el item 7 ó adjuntar una hoja firmada al pié.

1- DATOS GENERALES

Apellido y Nombres del Solicitante: _____

Domicilio particular: _____ Localidad: _____ Cód. Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha nacimiento: ____/____/____

Domicilio consultorio: _____ Localidad: _____ Cód. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Universidad en la que se graduó: _____ Año: _____ Título obtenido: _____

Especialidad/es: _____ Año: _____

CUIT N : _____ Categoría IVA: Monotributista ☐ Resp. No Inscripto ☐ Resp. Inscripto ☐

Número de Matrícula: _____ Otorgada por: _____ Fecha: ____/____/____

Instituciones donde trabaja: _____

_____

¿Actúa como jefe de equipo?: SI ☐ NO ☐ Especificar: _____

¿Está Ud. asociado en algún tipo de actividad médica empresaria?: SI ☐ NO ☐ Especificar: _____

Fecha de inicio de la actividad comercial: ____/____/____ ¿Cuántos días trabaja por semana?: _____

2- INFORMACION DE SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL

2.1- ¿HA TENIDO SEGUROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, detallar: Cía/s. Aseguradora/s, N de póliza/s, Vigencias y Suma asegurada.

a] _____

b] _____

c] _____

d] _____

2.2- ¿HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA CIA. DE SEGUROS LA POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL? SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo, detallar:

_____

_____

_____

3- EXPERIENCIA SINIESTRAL

[La falta de llenado pospondrá la consideración de la solicitud]

Informe los juicios existentes por Responsabilidad Civil recibidos en los últimos cinco años indicando en cada caso: a] Montos; b] Motivo de la demanda; c] Montos reclamados; d] Informe sucinto del estado de la causa. Asimismo, indicar los incidentes conocidos de los [ultimos cinco años que pudieran generar situaciones de reclamos por responsabilidad.

Nota: Si el espacio asignado a este apartado, resultara escaso, completar el informe por hoja separada con firma de un responsable

4- PRACTICAS QUE REALIZA

[Por favor, indique SI o NO]

Procedimientos quirúrgicos sobre el abdómen, tórax, cráneo o estructuras maxilofaciales: SI ☐ NO ☐ Cirugía ortopédica: SI ☐ NO ☐

Amputaciones: SI ☐ NO ☐ Mastectomía: SI ☐ NO ☐ Cirugía estética o cosmética: SI ☐ NO ☐ Flebología: SI ☐ NO ☐

Cirugía Vascular: SI ☐ NO ☐ Cirugía Oftalmológica: SI ☐ NO ☐ Cirugía Urológica: SI ☐ NO ☐ Neurocirugía: SI ☐ NO ☐

Cirugía Otorrinolaringológica: SI ☐ NO ☐ Cuidado y atención del embarazo [parto, cesárea, raspados]: SI ☐ NO ☐

Colocación de catéteres centrales venosos o arteriales: SI ☐ NO ☐ Punciones: SI ☐ NO ☐

Amniocentésis: SI ☐ NO ☐ Colocación de drenaje pleural o peritoneal: SI ☐ NO ☐ Endoscopías: SI ☐ NO ☐ Detallar: _____

Quimioterapia: SI ☐ NO ☐ Criocirugía: SI ☐ NO ☐ Diálisis: SI ☐ NO ☐ Arteriografía: SI ☐ NO ☐ Trasplante de órganos: SI ☐ NO ☐

Detallar: _____

Terapia Láser: SI ☐ NO ☐ Anestesiología: SI ☐ NO ☐ Homeopatía: SI ☐ NO ☐ Laparoscopía: SI ☐ NO ☐

5- ESPECIALISTAS

Anestesistas: ¿Practica Ud. alguna otra especialidad Clínica o Quirúrgica además de la anestesia?: SI ☐ NO ☐

Detallar: _____

Dermatólogos: ¿Realiza terapia superficial con Rayos X?: SI ☐ NO ☐ ¿Realiza Cirugía cosmética?: SI ☐ NO ☐

Detallar: _____

Oftalmólogos: ¿Realiza tratamientos con Láser?: SI ☐ NO ☐ ¿Realiza Cirugía cosmética?: SI ☐ NO ☐

Detallar: _____

Otorrinolaringólogos: ¿Realiza Cirugía cosmética?: SI ☐ NO ☐

Detallar: _____

Urólogos: ¿Realiza Cirugía de elongación peneana?: SI ☐ NO ☐ ¿Coloca implantes?: SI ☐ NO ☐

Neurocirujanos: ¿Realiza Cirugía estereotáxica?: SI ☐ NO ☐

6- COBERTURA SOLICITADA

Alternativas de suma asegurada: $120.000.- ☐ $ 200.000.- ☐ Otra: $ _____ Para sumas mayores, especifíque los motivos para hacerlo en el item 7.

7- OBSERVACIONES Y/O AMPLIACION DE INFORMACION

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

El que suscribe declara por el presente que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no se ha omitido ninguna información. Cualquier omisión, aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el solicitante y posterior asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley de Seguros 17.418 [art. 5 y subsiguientes] y hará nulo el contrato de seguro.

Lugar y Fecha: _____ Firma, Aclaración y Sello: _____

Palacio Houlder | 25 de Mayo 489 | CABA | Tel +5411 5235 8816 | Fax +5411 5258 2840 | **www.prudenciaseguros.com.ar**