PRUDENCIA Seguros

FORMULARIO DE RENOVACION PARA POLIZAS POR RESPONSABILIDAD CIVIL DE MEDICOS

1- DATOS GENERALES

Razón Social: _____

C.U.I.T.: _____ Condición ante AFIP: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Especialidad/es: _____

2- Realiza alguna práctica diferente, a lo declarado en el último año? NO ☐ SI ☐

En caso afirmativo, indique cuáles.

_____

_____

_____

_____

_____

3- Ha sido notificado, en el último año, de estar demandado o codemandado por algún reclamo originado en la Responsabilidad Profesional Médica? NO ☐ SI ☐

4- Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales contra Usted? NO ☐ SI ☐

5- Le interesaría saber más sobre nuestro servicio de atención medico - legal de 24 horas? NO ☐ SI ☐

En caso afirmativo, en cualquiera de los puntos 3 y 4, sírvase ampliar la información.

6- Suma Asegurada Solicitada: ☐

El que suscribe declara por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y que no 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. 5º 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**