

**SOLICITUD PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
MEDICOS GINECÓLOGOS Y/U OBSTETRAS**

1. Asegurado: Tipo y N° Doc: F. de Nacimiento:/...../.....

2. Tarjeta profesional N°: Otorgada por:

3. Domicilio particular: Teléfono:

4. Domicilio profesional: Teléfono:

5. Suma Asegurada Solicitada: (Marque con una X la requerida)

| | | | |
|---|---|---|---|
| \$ 50.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 150.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 250.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 500.000.000 <input type="checkbox"/> |
| \$ 100.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 200.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 300.000.000 <input type="checkbox"/> | \$ 750.000.000 <input type="checkbox"/> |

6. Por favor indique su especialidad y las técnicas que Ud. emplea. Marque todas aquellas que aplique e indique % de incidencia

Obstetricia (.....%)

Obstetricia/ginecología (.....%)

Ginecología (.....%)

7. Por favor indique si en su actividad practica cirugías: Si No MAYOR ____ MENOR ____

*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: (a) Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, (b) La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

8. Nombre todas las instituciones médicas/consultorios incluyendo la localidad donde Ud. ha ejercido su profesión durante los últimos 4 años:

.....

.....

.....

9. ¿Tiene Ud. conocimiento alguno de reclamos pendientes, de cualquier actividad (incluyendo petición de historias clínicas) o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Si No

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR ANEXAR UNA HOJA SEPARADA DONDE SE INDIQUE: RESUMEN DEL CASO, ESTADO ACTUAL DEL CASO, FECHA DEL RECLAMO, FECHA DE OCURRENCIA DEL RECLAMO, MONTO RECLAMADO, MONTO PAGADO (SI APLICA)

10. Amplie cualquier respuesta afirmativa en una hoja separada avalando con fecha y firma:

a) ¿Desempeña funciones para alguna institución que presta servicios de emergencias domiciliarias? Si No

b) ¿Realiza procedimientos de control de peso que incluyan la prescripción de drogas o procedimientos quirúrgicos tales como gastroplastia transversal, 'by-pass' intestinal, lipoaspiración o lipoescultura? Si No

c) ¿Alguna vez ha sido Ud. Rechazado, censurado, restringido, suspendido o revocado por alguna sociedad o asociación médica profesional? Si No

d) ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, restringido o sobretasado su seguro de Responsabilidad Civil, o ha recibido alguna carta de su asegurador con tal intención? Si No

e) ¿Alguna vez se le ha suspendido, revocado o en cualquier forma limitado su licencia médica, o su certificación en alguna especialidad? Si No

f) ¿Ha habido algún cambio en su práctica o especialidad en los últimos cinco (5) años? Si No

g) ¿Ha firmado Ud. algún contrato donde accedió a indemnizar (liberar de perjuicios) a otros? En caso afirmativo, adjunte copia del contrato. Si No

h) ¿Asistió Ud. a congresos/cursos de educación médica continua el año pasado? (Liste estudios en hoja adjunta). Si No

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una declaración jurada. Se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, quedando una copia en poder del Asegurable.

Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurado tiene el deber de avisar a la compañía de seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada, quedando sujeto a la Cláusula de Retención y la Cláusula de Agravación del Riesgo de las condiciones Generales de Póliza.

Lugar y fecha:

Nombre

Firma