RESPONSABILIDAD CIVIL **PROFESIONALES DE LA SALUD**

PRUDENCIA Seguros

INSTRUCTIVO

A) POR FAVOR, COMPLETE LOS DATOS SOLICITADOS EN EL FORMULARIO Y ADJUNTE TODA LA INFORMACION COMPLEMENTARIA QUE SE SOLICITA. NO OLVIDE FIRMAR Y FECHAR AL PIE.
B) LA INFORMACION QUE SE REGISTRE EN EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARACTER DE DECLARACION JURADA Y FORMA PARTE DE LA POLIZA, POR LO QUE CUALQUIER OMISION PUEDE SER CAUSAL DE NULIDAD POR MODIFICACION DE LA CALIDAD DEL RIESGO.
C) EN CASO DE QUE NO EXISTA ESPACIO SUFICIENTE PAR ALGUNA PREGUNTA Y/O ACLARACION SIRVASE UTILIZAR EL ESPACIO INDICADO CON EL ITEM 7 O ADJUNTAR UNA HOJA FIRMADA AL PIE.

1.DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE

DOMICILIO PARTICULAR | LOCALIDAD | CODIGO POSTAL

TELEFONO | FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO CONSULTORIO | LOCALIDAD | CODIGO POSTAL

TELEFONO | CORREO ELECTRONICO

UNIVERSIDAD EN LA QUE SE GRADUO | AÑO | TITULO OBTENIDO

ESPECIALIDAD/ES | AÑO

CUIT | CATEGORIA ☐ MONOTRIBUTISTA ☐ RESP. INSCRIPTO ☐ RESP. NO INSCRIPTO

N° DE MATRICULA | OTORGADA POR | FECHA

INSTITUCIONES DONDE TRABAJA

¿ACTUA COMO JEFE DE EQUIPO? ☐ SI ☐ NO

ESPECIFICAR:

¿ESTA UD. ASOCIADO EN ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD MEDICA EMPRESARIA? ☐ SI ☐ NO

ESPECIFICAR:

FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL | ¿CUANTOS DIAS TRABAJA POR SEMANA?

2.INFORMACION DE SEGUROS Y EXPERIENCIA SINIESTRAL

¿HA TENIDO SEGUROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? ☐ SI ☐ NO EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR: CIA ASEGURADORA, N° POLIZA, VIGENCIAS Y SUMA ASEGURADA

¿HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA CIA. DE SEGUROS LA POLIZA DE RESP. CIVIL? ☐ SI ☐ NO EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

3.EXPERIMENTAL SINIESTRAL

INFORME LOS JUICIOS EXISTENTE POR RESPONSABILIDAD CIVIL RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS INDICANDO EN CADA CASO: A) MONTOS; B) MOTIVO DE LA DEMANDA; C) 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, RESULTA ESCASO, COMPLETAR EL INFORME POR HOJA SEPARADA CON FIRMA DEL RESPONSABLE.

4.PRACTICAS QUE REALIZA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE EL ABDOMEN, TORAX, CRANEO O ESTRUCTURAS MAXILOFACIALES: ☐ SI ☐ NO

AMPUTACIONES: ☐ SI ☐ NO MASTECTOMIA: ☐ SI ☐ NO CIRUGIA ESTETICA O COSMETICA: ☐ SI ☐ NO FLEBOLOGIA: ☐ SI ☐ NO

CIRUGIA VASCULAR: ☐ SI ☐ NO CIRUGIA OFTALMOLOGICA: ☐ SI ☐ NO CIRUGIA UROLOGICA: ☐ SI ☐ NO NEUROCIRUGIA: ☐ SI ☐ NO

CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA: ☐ SI ☐ NO CUIDADO Y ATENCION DEL EMBARAZO (PARTO, CESAREA, RASPADOS): ☐ SI ☐ NO

COLOCACION DE CATETERES CENTRALES VENOSOS O ARTERIALES: ☐ SI ☐ NO PUNCIONES: ☐ SI ☐ NO AMNIOCENTESIS: ☐ SI ☐ NO

COLOCACION DE DRENAJE PLEURAL O PERITONEAL: ☐ SI ☐ NO ENDOSCOPIAS: ☐ SI ☐ NO DETALLAR: _____

QUIMIOTERAPIA: ☐ SI ☐ NO CRIOCIRUGIA: ☐ SI ☐ NO DIALISIS: ☐ SI ☐ NO ARTERIOGRAFIA: ☐ SI ☐ NO

TRASPLANTE DE ORGANOS: ☐ SI ☐ NO DETALLAR: _____

TERAPIA LASER: ☐ SI ☐ NO ANESTESIOLOGIA: ☐ SI ☐ NO HOMEOPATIA: ☐ SI ☐ NO LAPAROSCOPIA: ☐ SI ☐ NO

5.ESPECIALISTAS

ANESTESISTAS: ¿PRACTICA UD. ALGUNA OTRA ESPECIALIDAD CLINICA O QUIRURGICA ADEMAS DE LA ANESTESIA? ☐ SI ☐ NO

DETALLAR: _____

DERMATOLOGOS: ¿REALIZA TERAPIA SUPERFICIAL CON RAYOS X? ☐ SI ☐ NO ¿REALIZACIRUGIA COSMETICA? ☐ SI ☐ NO

DETALLAR: _____

OFTALMOLOGOS: ¿REALIZA TRATAMIENTOS CON LASER? ☐ SI ☐ NO ¿REALIZA CIRUGIA COSMETICA? ☐ SI ☐ NO

DETALLAR: _____

OTORRINOLARINGOLOGOS: ¿REALIZA CIRUGIA COSMETICA? ☐ SI ☐ NO

DETALLAR: _____

UROLOGOS: ¿REALIZA CIRUGIA DE ELONGACION PENEANA? ☐ SI ☐ NO ¿COLOCA IMPLANTES? ☐ SI ☐ NO

NEUROCIRUJANOS: ¿REALIZA CIRUGIA ESTEREOTAXICA? ☐ SI ☐ NO

6.COBERTURA SOLICITADA

ALTERNATIVAS DE SUMA ASEGURADA: ☐ $1.000.000 ☐ $1.500.000 ☐ OTRA: _____

PARA SUMAS MAYORES, ESPECIFIQUE 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.

FECHA _____ FIRMA Y ACLARACION _____

REV. 5