

RENUEVA POLIZA

## 1. DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDO

CUIT

INSCRIPCION AFIP

☐ RESP. INSC.  
☐ NO INSC.

☐ MONOTRIBUTO  
☐ EXENTO

☐ OTRO

DOMICILIO PARTICULAR

LOCALIDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

ESPECIALIDAD

2. REALIZA ALGUNA PRACTICA DIFERENTE, A LO DECLARADO EN EL ULTIMO AÑO? ☐ NO ☐ SI  
(EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUALES)

3. HA SIDO NOTIFICADO, EN EL ULTIMO AÑO, DE ESTAR DEMANDADO O CODEMANDADO POR ALGUN RECLAMO ORIGINADO EN LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA? ☐ NO ☐ SI

4. TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUN HECHO O INCIDENTE QUE PUDIERA DERIVAR EN FUTURAS ACCIONES LEGALES CONTRA USTED? ☐ NO ☐ SI

5. LE INTERESARIA SABER MAS SOBRE NUESTRO SERVICIO GRATUITO DE ATENCION MEDICO-LEGAL DE 24HS? ☐ NO ☐ SI

(EN CASO AFIRMATIVO, EN CUALQUIERA DE LOS PUNTOS 3 Y 4, SIRVASE AMPLIAR LA INFORMACION)

## 6. SUMA ASEGURADA SOLICITADA

☐ \$ 700.000

☐ \$ 1.000.000

☐ \$ 1.500.000

☐ \$ 2.000.000

☐ OTRA:

EL QUE SUSCRIBE DECLARA POR EL PRESENTE QUE LAS AFIRMACIONES ANTERIORES Y DEMAS PARTICULARES ESTAN COMPLETAS EN TODOS LOS ASPECTOS Y SON VERDADEROS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NINGUNA INFORMACION. CUALQUIER OMISION, AUN HECHA DE BUENA FE, DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL SOLICITANTE Y POSTERIOR ASEGURADO, SERA CONSIDERADA RETICENCIA, EN LOS TERMINOS PREVISTOS EN LA LEY DE SEGUROS 17.418 (ART. 5 Y SUBSIGUIENTES) Y HARA NULO EL CONTRATO DE SEGURO.

LUGAR

FECHA

FIRMA, ACLARACION Y SELLO