

_____ de _____ de 20 _____

Datos del Productor

Código: _____ Apellido y Nombre: _____
 Tipo de Póliza: _____ Nuevo Negocio: _____ Renovación Póliza N°: _____
 Monto de cobertura que solicita: _____
 Vigencia desde el: ____ / ____ / ____ .

Datos del Asegurado

El presente formulario contiene información indispensable para la emisión del contrato de seguro de RC Profesional. Por favor, complete la propuesta con letra de imprenta, firmándola y colocando fecha. Las preguntas que le realizamos son de vital importancia para nuestro Depto. de Suscripción, por lo tanto la reticencia o falsas declaraciones que induzcan a error al asegurador harán nulo el seguro. Esta propuesta formará parte de la póliza.

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 CUIT/CUIL: _____ Matrícula Profesional N°.: _____
 Domicilio Particular: _____ Código Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Domicilio Profesional: _____
 Condición impositiva: (adjuntar la constancia correspondiente) Monotributo Responsable inscripto No categorizado Consumidor final

Antecedentes Académicos

Título: _____
 Universidad: _____ Año: _____
 Título de Especialista: Si No
 Obtenido por: Concurrencia Residencia Curso

Por favor indique con una cruz la o las especialidades y actividades que realiza. En el caso de que sean varias, marque todas las que correspondan:

MÉDICOS

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Farmacología Clínica | <input type="checkbox"/> Nefrología sin Diálisis | <input type="checkbox"/> Urología |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Fisiatría y Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Nefrología con Diálisis | <input type="checkbox"/> Virología |
| <input type="checkbox"/> Anatomía Patológica | <input type="checkbox"/> Flebología sin cirugía | <input type="checkbox"/> Neumonología clínica | OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD |
| <input type="checkbox"/> Andrología | <input type="checkbox"/> Flebología con cirugía | <input type="checkbox"/> Neumonología intervencionista | <input type="checkbox"/> Asistente Social |
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Gastroenterología sin punciones ni endoscopías | <input type="checkbox"/> Neurocirugía | <input type="checkbox"/> Bioquímica |
| <input type="checkbox"/> Auditoria médica | <input type="checkbox"/> Gastroenterología con punciones y endoscopías | <input type="checkbox"/> Neurofisiología | <input type="checkbox"/> Cosmiatría |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Enfermería Profesional |
| <input type="checkbox"/> Cardiología intervencionista | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Nutrición (Médico) | <input type="checkbox"/> Farmacéutica |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Ginecología Clínica (sin cirugía) | <input type="checkbox"/> Obstetricia | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica | <input type="checkbox"/> Ginecología con Cirugía | <input type="checkbox"/> Oftalmología sin Cirugía | <input type="checkbox"/> Kinesiología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía General y especializada | <input type="checkbox"/> Hematología, Hemoterapia | <input type="checkbox"/> Oftalmología con Cirugía | <input type="checkbox"/> Nutrición (Licenciatura) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Máxilofacial | <input type="checkbox"/> Hemodinamia | <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Obstétricas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Vascul ar Periférica | <input type="checkbox"/> Infectología | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología sin Cirugía | <input type="checkbox"/> Odontología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Cardíaca y Vascul ar | <input type="checkbox"/> Inmunología | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología con Cirugía | <input type="checkbox"/> Podología Universitaria |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica | <input type="checkbox"/> Medicina Estética | <input type="checkbox"/> Pediatría | <input type="checkbox"/> Psicología (Licenciatura) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Reconstructiva | <input type="checkbox"/> Medicina Familiar con Partos | <input type="checkbox"/> Proctología | <input type="checkbox"/> Psicopedagogía |
| <input type="checkbox"/> Deportología | <input type="checkbox"/> Medicina Familiar sin Partos ni Cirugía | <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Instrumentación Quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes (sin intervencionismo) | <input type="checkbox"/> Medicina Laboral | <input type="checkbox"/> Radiología Intervencionista | <input type="checkbox"/> Técnico en Electrocardiografía |
| <input type="checkbox"/> Director Médico | <input type="checkbox"/> Medicina Legal y Forense | <input type="checkbox"/> Reumatología | <input type="checkbox"/> Técnico en General (consultar suscripción) |
| <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> Salud Pública | <input type="checkbox"/> Técnico de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Diabetología | <input type="checkbox"/> Medicina Paliativa | <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Médico en Ambulancia | <input type="checkbox"/> Tocoginecología | <input type="checkbox"/> Técnico Radiólogo |
| <input type="checkbox"/> Emergentología | <input type="checkbox"/> Microbiología | <input type="checkbox"/> Toxicología | <input type="checkbox"/> Veterinario |
| <input type="checkbox"/> Epidemiología | <input type="checkbox"/> Neonatología | <input type="checkbox"/> Traumatología y Ortopedia | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

En el caso de haber indicado varias, por favor especifique la más frecuente: _____

Recertificación

- Sí. Especialidad: _____
- No. Organismo Recertificador: _____

Actividad laboral

- Relación de dependencia - Empleador: _____
- Forma Independiente: _____

Usted es:

- Médico Residente Lugar/es: _____
- Médico Concurrente Lugar/es: _____
- Médico de Planta Lugar/es: _____
- Jefe de Servicio Lugar/es: _____
- Jefe de Guardia Lugar/es: _____
- Otro: _____ Lugar/es: _____

¿Es usted propietario, socio o accionista de alguna institución médico-asistencial?

- Sí Institución: _____
Dicha Institución ¿posee seguro? Sí No
Compañía: _____
Monto Asegurado: _____
- No

Cobertura

- ¿Está Usted asegurado actualmente?
- Si Compañía Aseguradora: _____
Fondo Solidario: _____
- No

Historia Siniestral

Anexar los reclamos por responsabilidad civil profesional y general recibidos en los últimos cinco años indicando:

- a. Fecha del acto médico
- b. Fecha en la cual se notificó el reclamo a la aseguradora.
- c. Descripción del hecho (siniestro).
- d. Lugar dónde se produjo el hecho.
- e. Estado actual: Reclamo no judicial, Mediación, Juicio, Terminado (indique fecha y monto) Si fuera reclamo judicial indique fecha y monto de la demanda inicial.
- f. Indique a quién/enes se le/s asigna responsabilidad: Médicos, Otro profesional de la salud, Institución que solicita el seguro, Otra institución.
- g. Especialidades involucradas.

¿Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales? Si No

En caso de responder afirmativamente, descríballo en forma detallada, señalando fecha del acto médico, lugar del hecho, especialidades involucradas y descripción de lo acontecido:

Documentación Médica/Historia Clínica

¿Conserva un sistema de registro tipo ficha o similar (historia clínica), donde vuelca las evoluciones de los pacientes atendidos ya sea por consultorio externo o guardia? Si No

Plan y forma de pago

Cuotas: _____ Forma de Pago : Productor Pago Fácil Tarjeta
Nº de la tarjeta: _____ Vencimiento: ____ / ____ / ____ Banco Emisor: _____
Apellido y nombre del titular: _____

AUTORIZACION DE DEBITO EN TARJETA DE CRÉDITO: Por la presente, autorizo a SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., a que las cuotas correspondientes al presente seguro, sean cobradas a través de mi tarjeta de crédito. Por lo tanto, debitarán en mi cuenta los importes correspondientes, como asimismo podrán entregar si es necesario, el original de esta solicitud a la empresa emisora de la tarjeta. La presente autorización continuará vigente hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla. Reconozco expresamente que tanto la prestación del servicio por parte de SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., como los importes que autorizo a debitar, tienen como causa exclusiva la relación contractual existente entre SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. y el/la suscripto/a. Tomo conocimiento de que mi póliza no tendrá cobertura si SMG Compañía Argentina de Seguros S.A., se viera imposibilitada de percibir los premios correspondientes por causa de mi exclusiva responsabilidad.

VIGENCIA

NOTA: La vigencia de la cobertura se inicia desde el momento en el cual esta propuesta es aceptada por SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.

TIPO DE COBERTURA

Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el acto médico del que deriva la Responsabilidad del solicitante sea practicado durante la vigencia de la póliza, y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, el Asegurado podrá conocer el costo del Endoso de Extensión del Período de denuncias para mantener la cobertura indefinidamente para hechos ocurridos en el plazo de vigencia emitido.

Firma y Aclaración del titular

Firma, Aclaración y Sello del Profesional