



# RESP. CIVIL PROFESIONAL

## SOLICITUD DE SEGURO MALAPRAXIS MÉDICA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y/O AUXILIARES DE LA MEDICINA

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Corredor N° \_\_\_\_\_ Cliente N° \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_

Solicito del Banco de Seguros del Estado una póliza de Responsabilidad Civil hacia terceros, en base a las declaraciones siguientes de cuya veracidad me responsabilizo y de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares vigentes a la fecha para dicho seguro, las cuales declaro conocer y aceptar en su totalidad. El Banco se compromete a tratar de modo estrictamente confidencial todos los datos e informaciones expuestos a continuación.



SELLO DE ENTRADA

**COTIZACIÓN**  **SEGURO AL FIRME**

Si el Contratante es una persona distinta al Asegurado, sírvase completar el formulario Datos del Contratante (F. 2434) y adjuntar al presente.

### ADVERTENCIA Y DATOS DEL ASEGURADO

Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que sea aceptado por la Gerencia de la División Comercial del Banco de Seguros del Estado.

Sírvase completar totalmente el presente cuestionario anexando cualquier documento o información que se solicite o que Ud. entienda necesaria para que el Banco pueda suscribir adecuadamente este seguro.

Según lo establecido por Condiciones Generales, este cuestionario forma parte del contrato de seguro, por lo que cualquier reticencia o falsa declaración producen su nulidad.

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Fecha nacim. \_\_\_\_\_ Actividad principal \_\_\_\_\_ otra actividad \_\_\_\_\_  
Sexo: femenino  masculino  Estado Civil \_\_\_\_\_  
Profesión: Médico  Odontólogo  Aux. de la Medicina  Especialidad \_\_\_\_\_

### Domicilio real del Asegurado

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_  
Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

### Persona Expuesta Políticamente (PEP)

Se entiende por "personas expuestas políticamente" a las personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, empleados importantes de partidos políticos, directores y altos funcionarios de empresas estatales y otras entidades públicas (Art. 76 de la R.N.S.R.).

1- ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar el cargo desempeñado \_\_\_\_\_

2- ¿Está vinculado con una persona expuesta políticamente? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar el vínculo \_\_\_\_\_

**Nota:** Si respondió afirmativamente a la pregunta 1, deberá completar el formulario correspondiente a Personas Políticamente Expuestas (Fórm. 3235) y si respondió afirmativamente a la pregunta 2, el formulario correspondiente a Debida diligencia - Persona Física (Fórm. 3209).

### DATOS DEL CONTRATO

**Forma de pago** Moneda: \$  U\$S

Contado  Financiado  Cant. de cuotas \_\_\_\_\_ aclaración en letras: \_\_\_\_\_

Indicar el día fijo del mes para el vencimiento de las facturas \_\_\_\_\_ aclaración en letras \_\_\_\_\_

**Medio de pago** Locales de cobranza  Débito bancario o Tarjeta de crédito  Otro  detalle \_\_\_\_\_

Si es débito o tarjeta, deberá adjuntar formularios correspondientes. \_\_\_\_\_



**Envío de Factura** Por e-mail  dirección de e-mail \_\_\_\_\_ A domicilio

**Si la Dirección de entrega de la Factura no es la misma que el Domicilio real del Asegurado, llene a continuación**

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Esq. \_\_\_\_\_  
Solar N° \_\_\_\_\_ Manzana N° \_\_\_\_\_ Km. \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**Envío de Documentación** Por e-mail  dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio real del Asegurado  Mismo domicilio de entrega de factura

**Vigencia del seguro** Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Sírvase indicar el límite de Responsabilidad Civil a asegurar por cada reclamo y por año de vigencia**

## DATOS DE LA COBERTURA

Cobertura de Infidelidad de Dependientes, hasta un sub limite indicado en la póliza

Cobertura de gastos para reconstrucción de documentos, hasta un sub limite indicado en la póliza

## CUESTIONARIO

**Sírvase detallar los títulos obtenidos (incluyendo especialidades) proporcionando fotocopias de los mismos**

Título	Fecha de obtención	Institución otorgante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Año en que ha iniciado su carrera profesional** \_\_\_\_\_

### Situación del Profesional

Empleado/dependiente de institución pública o privada: Sí  No  En caso afirmativo, indicar de quiénes es dependiente: \_\_\_\_\_

Independiente (médico que ejerce privadamente, aún si está contratado por alguna institución pública o privada): Sí  No

¿Practica algún tipo de cirugía?: Sí  No  En caso afirmativo, indicar la misma: \_\_\_\_\_

Si Ud. es Odontólogo, sírvase indicar si realiza trabajos de implantología: Sí  No

¿Es Ud. Director médico, médico jefe, jefe de departamento autónomo o suplente fijo de uno de éstos médicos?: Sí  No

**Sírvase indicar el monto de ingresos derivados de su actividad profesional del último año** \_\_\_\_\_

## AYUDANTES / COLABORADORES

**¿El solicitante es responsable por un equipo de ayudantes técnicos y/o profesionales?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar la integración del mismo

<input type="checkbox"/> Nombre completo _____	Profesión _____	Edad _____	Función en el equipo _____
<input type="checkbox"/> Nombre completo _____	Profesión _____	Edad _____	Función en el equipo _____
<input type="checkbox"/> Nombre completo _____	Profesión _____	Edad _____	Función en el equipo _____
<input type="checkbox"/> Nombre completo _____	Profesión _____	Edad _____	Función en el equipo _____

**Empleados administrativos permanentes y/o contratados, etc. (dar breve descripción)**

Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____
Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____
Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____
Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____
Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____
Nombre completo	_____	_____
Cargo o función	_____	Edad _____

**TRATAMIENTO POR SUSTANCIAS RADIATIVAS**

**El solicitante, ¿realiza tratamientos por sustancias radiactivas?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar:

Tipo	_____	_____
Marca de los equipos	_____	Año de construcción _____
Descripción de las protecciones contra el escape de las radiaciones	_____	
Protección del paciente y de los operadores por medio de	_____	
En caso de corte en el suministro de electricidad, realizar la descripción del sistema de seguridad	_____	
¿Se controla a toda persona que ingresa en la sala en la cual se encuentra el aparato?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, dar breve descripción	_____	
¿Es utilizado el aparato por estudiantes?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, describir la vigilancia y los controles

**APARATOS MÉDICOS**

**Detallar los aparatos de los que se sirve habitualmente**

Marca	_____	Modelo	_____
Función	_____	Antigüedad	_____
Marca	_____	Modelo	_____
Función	_____	Antigüedad	_____
Marca	_____	Modelo	_____
Función	_____	Antigüedad	_____

**Describir las seguridades y controles de los mismos**

**¿Los aparatos son utilizados por estudiantes?** Sí  No  En caso afirmativo, describir la vigilancia y controles

## FABRICACIÓN DE PRODUCTOS

**El solicitante, ¿fabrica o colabora en la fabricación de productos?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar

El nombre de cada producto

Su año de aprobación por el Ministerio de Salud Pública

Su afinidad

El monto de ventas en los tres últimos años

## OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL VIGENTES O SOLICITADOS

**¿Ha contratado o solicitado anteriormente una cobertura de Responsabilidad Civil Profesional como la presente?** Sí  No

En caso afirmativo, sírvase indicar

Fecha de la solicitud  Empresa aseguradora

Sírvase indicar el motivo de la rescisión, no contratación o no renovación de dicha cobertura

## ANTECEDENTES SINIESTRALES

**¿El profesional solicitante ha sido demandado por Responsabilidad Civil?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase indicar:

Cantidad de reclamos judiciales en letras

Cantidad de reclamos extrajudiciales en letras

**Adjunte un resumen sucinto indicando en cada caso**

Carátula del proceso

Fecha del evento  Fecha del reclamo

Personas demandadas

Monto reclamado en letras

Estado del proceso

Monto pagado o estimado en letras

Breve descripción de las circunstancias del caso

¿Tiene Ud. conocimiento de algún evento profesional que en el futuro pueda dar origen a algún reclamo o proceso en su contra?: Sí  No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar una breve descripción del hecho

## DECLARACIÓN

Declaramos conocer y haber sido instruidos sobre el contenido de las cláusulas de las Condiciones Generales bajo las cuales el Banco de Seguros del Estado asume el riesgo que proponemos, las aceptamos en su totalidad y garantizamos que cada una de las respuestas que hemos dado en esta solicitud es amplia, correcta y exacta.

Fecha  Firma del Asegurado Aclaración firma

C.I. código serial

## DECLARACIÓN DEL CORREDOR

Vistas las características y condiciones del riesgo, no tengo observaciones que formular a la precedente información.

Corredor N° Firma del Corredor Aclaración de firma

