SMG SEGUROS
UNA COMPAÑÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

NOTA DE NO SINIESTRALIDAD
MÉDICOS INDIVIDUALES

La presente declaración jurada será la base sobre la cual la Compañía evaluará la posibilidad de conceder cobertura retroactiva a la fecha inicial de cobertura.

Manifiesto por la presente a SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. que a partir del ____ /____ /_____ (fecha retroactiva de inicio de cobertura) no he recibido ningún reclamo extrajudicial o judicial ni tampoco he tomado conocimiento de circunstancias pasibles de futuros reclamos por Responsabilidad Civil Profesional por parte de pacientes o de terceros, a los que ya fueran notificados oportunamente. Sin desmedro de lo antedicho también declaro que no me he visto involucrado profesionalmente en los siguientes casos:

- Paro cardiorrespiratorio anestésico
- Muerte súbita
- Lesiones traumáticas del uréter o la vejiga durante operaciones abdominales y ginecológicas
- Infarto de miocardio asintomático o ignorado
- Cuadros de abdomen agudo médico que deriven en peritonitis
- Insuficiencia renal aguda en el post parto
- Toxemia, gestosis o eclampsia durante el embarazo
- Tétanos quirúrgico
- Aborto séptico
- Embarazo ectópico ignorado
- Feto muerto y retenido
- Muerte blanca en el recién nacido
- Perforación accidental del útero
- Hemorragia post parto
- Gangrena no presente al internarse
- Complicaciones postoperatorias: evisceración aguda, dehiscencia de una sutura intestinal
- Suicidio en internación

En caso de haberse visto involucrado en algunas de las situaciones que aquí se mencionan, por favor detállelas claramente y firme al pie, aclarando nombre y cargo societario y/o institucional _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Artículo 5 de la Ley de Seguros 17.418
Reticencia. Concepto. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato.

Datos del Asegurado

Firma: _____

Aclaración y cargo: _____

DNI/CUIT/CUIL: _____

GUARDAR IMPRIMIR BORRAR