

_____ 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

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