

FORMULARIO PARA MÉDICOS EN PÓLIZAS COLECTIVAS

Poetos fe relativos de adestrora que salarite. \$ 750,000. Fecho de finicio de lo robernora. O1 / 08 / 2013 Detes Pernonelas Rechron y Agaillot. Fecho de Reciniferio. Facto de Reciniferio. Fa	Domicilio: SAN JUAN 478 C.P.: 3100 PARANA - ENTRE RIC Aclaración tipo de cobertura Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el ac reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, podrá con consideran de la poliza podrá con condiciones particulares del frente de la póliza.	to médico del que deriva l	a responsabilidad del solicitan	te sea practicado durante la vigencia	de la póliza, y que a su vez, el daño y el
Datos Personales	Domicilio: SAN JUAN 478 C.P.: 3100 PARANA - ENTRE RIC Aclaración tipo de cobertura Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el ac reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, podrá con consideran de la poliza podrá con condiciones particulares del frente de la póliza.	to médico del que deriva l	a responsabilidad del solicitan	te sea practicado durante la vigencia	de la póliza, y que a su vez, el daño y el
Neato de robertura que solicito: \$ 750,000 Dates Personales Norribe y Apelliño: Ferba de Rocimiento:	Domicilio: SAN JUAN 478 C.P.: 3100 PARANA - ENTRE RIC Aclaración tipo de cobertura Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el ac reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, podrá co	to médico del que deriva l	a responsabilidad del solicitan	te sea practicado durante la vigencia	de la póliza, y que a su vez, el daño y el
Datos Personales	Domicilio: SAN JUAN 478 C.P.: 3100 PARANA - ENTRE RIC Aclaración tipo de cobertura Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el ac reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, podrá con consideran de la poliza podrá con condiciones particulares del frente de la póliza.	to médico del que deriva l	a responsabilidad del solicitan	te sea practicado durante la vigencia	de la póliza, y que a su vez, el daño y el
Monto de coberturo que solicito: \$ 750.000 Pecho de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecho de Nocimiento: / Tel.: Martírulo Professional IP? Condición impositiva: Inscripción IIBB: Antecedentes Académicos Iitulo: Universidad: Año: Iitulo de Especialista: Sí No Certificado por: Especialidades que realizo (indique todas): Actividad Laboral Tombaja en: Relación de dependencia Forma Independiente Ambas Ugay/es: Cobertura Æstá usted asegurado actualmente? Sí No Compañía Aseguradora: Fondo Solidario: Historia Siniestral En caso de haber tenido siniestros en los últimos cinco años anexar un detalle de los reclamos por responsabilidad civil profesional y general. Alteria conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales? Sí (En caso de responder afirmativamente, describalo en el anexo mencionado anteriormente). No COMENTARIOS - ACLARACIONES COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE ENTRE RIOS : CUIT Nº 30 - 59911898 - 1 Domicilio: SAN JUAN 478	Domicilio: SAN JUAN 478				
Monto de coberturo que solicito: \$ 750.000 Pecho de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecho de Nocimiento: / Tel.: Martírulo Professional IP? Condición impositiva: Inscripción IIBB: Antecedentes Académicos Iitulo: Universidad: Año: Iitulo de Especialista: Sí No Certificado por: Especialidades que realizo (indique todas): Actividad Laboral Tombaja en: Relación de dependencia Forma Independiente Ambas Ugay/es: Cobertura Æstá usted asegurado actualmente? Sí No Compañía Aseguradora: Fondo Solidario: Historia Siniestral En caso de haber tenido siniestros en los últimos cinco años anexar un detalle de los reclamos por responsabilidad civil profesional y general. Alteria conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales? Sí (En caso de responder afirmativamente, describalo en el anexo mencionado anteriormente). No COMENTARIOS - ACLARACIONES COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE ENTRE RIOS : CUIT Nº 30 - 59911898 - 1 Domicilio: SAN JUAN 478	Domicilio: SAN JUAN 478				
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Facha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Parton de robertura: 01 / 08 / 2013 Pacha de inicio de la collega de la collega de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Pacha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Pacha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Pacha de inicio de la cobertura:					
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecha de Nocimiento:	COLLOIS DE ODOITIOLOGOS DE				
Monto de cobertura que solicito: \$ 750,000 Fecho de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales	COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE	ENTRE RIOS :	CUIT N° 30 - 599	911898 - 1	
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 08 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:	COMENTARIOS - ACLARACIONES				
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01		el anexo mencionado ant	eriormente).		
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000.− Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:					
Monto de cobertura que solicito: \$ 750.000 Fecho de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecho de Nacimiento: /		nexar un detalle de los rec	lamos por responsabilidad civi	il profesional y general.	
Monto de cobertura que solicito: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Solicito:					
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:	¿Está usted asegurado actualmente? Sí No		Fondo Solidario:		
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:					2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento: / _ / Tel.: Matricula Profesional Nº:	Trabaja en: Relación de dependencia 🗌 Forma		Ambas 🗌		
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento: / _ / _ Tel.: Matricula Profesional Nº: _ CUIT/CUIL: Condición impositiva: _ Inscripción IIBB:	Especialidades que realiza (indique todas):				
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:	Título de Especialista: Sí No		Certificado por:		
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:	T6.1		Universidad		Λῆο·
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000.− Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:	Condición impositiva:	Inscrip	oción IIBB:		
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales Nombre y Apellido:		CUIT/CUIL:			
Monto de cobertura que solicita: \$ 750.000 Fecha de inicio de la cobertura: 01 / 08 / 2013 Datos Personales	Matrícula Profesional Nº:	Tel.:			
	Fecha de Nacimiento: / /				
	Nombre y Apellido: / / /				
Tomador: COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE LA PCIA.DE ENTRE RIOS Póliza Nº:	Datos Personales Nombre y Apellido://			recha de inicio de la cobertura: _	01 / 00 / 2013