SMG SEGUROS
UNA COMPAÑÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

FORMULARIO PARA MÉDICOS EN PÓLIZAS COLECTIVAS

Tomador: COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE LA PCIA.DE ENTRE RIOS Póliza Nº: _____
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.: _____
Matrícula Profesional Nº: _____ CUIT/CUIL: _____
Condición impositiva: _____ Inscripción IIBB: _____

Antecedentes Académicos
Título: _____ Universidad: _____ Año: _____
Título de Especialista: ☐ Sí ☐ No Certificado por: _____
Especialidades que realiza (indique todas): _____

Actividad Laboral
Trabaja en: Relación de dependencia ☐ Forma Independiente ☐ Ambas ☐
Lugar/es: _____

Cobertura
¿Está 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.

¿Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales?
☐ Sí (En caso de responder afirmativamente, descríbalo en el anexo mencionado anteriormente).
☐ No

COMENTARIOS - ACLARACIONES
COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE ENTRE RIOS : CUIT N° 30 - 59911898 - 1
Domicilio: SAN JUAN 478
C.P. : 3100 PARANA - ENTRE RIOS

Aclaración 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, 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	Aclaración y sello	Lugar y Fecha