

Productor / Organizador:

---

## Seguro de Responsabilidad Médica Formulario de Solicitud de Seguro

---

# MÉDICOS INDIVIDUALES

*El presente formulario se emite, por parte del solicitante del seguro, bajo la forma de declaración jurada. El mismo será oportunamente agregado a la póliza que se emita y formará parte de la misma. Cualquier falseamiento y/u ocultación de la verdad será considerada reticencia en los términos de la Ley 17.418.-*

*Las preguntas deben ser respondidas en la forma más concreta posible agregándose todos los datos necesarios para brindar un adecuado panorama del giro profesional del solicitante del seguro. En caso de necesitar espacio adicional recurra a hojas suplementarias.-*

*Cualquier aclaración deberá ser solicitada al Asegurador, o a nuestros consultores, Estudio Dr. Aldo A. Álvarez (Te.: 4381-7007). Estos últimos, procederán a efectuar las inspecciones de rigor, para lo cual solicitamos vuestra mayor colaboración.*

**Para que el presente formulario propuesta tenga valor, el mismo debe ser firmado y fechado.**

### Datos del Solicitante:

Nombres (\*): .....

Apellidos (\*):.....

Domicilio Real (\*): Calle:.....

Nº:.....Piso/Dpto.: .....Localidad:.....

C.P.:.....Provincia: .....Teléfono (\*):.....

**E-mail:**.....

Domicilio Profesional/Consultorio (\*):

Calle:.....

Nº: .....Piso/ Dpto.:..... Localidad:.....

C. P.:.....Provincia: .....Teléfono (\*):.....

Nacionalidad (\*):..... Fecha de Nacimiento (\*):.....

Edad:..... Sexo:.....

Estado Civil (\*):..... Tipo y Nº de documento (\*):.....

Cuit / Cuil / Cdi (\*):..... Ingresos Brutos:.....

Actividad específica (\*):.....

**Si interviene apoderado, curador o representante (\*)**

Nombres (\*): .....

Apellidos (\*):.....

Domicilio Real (\*): Calle:.....

Nº:.....Piso/Dpto.: .....Localidad:.....

C.P.:.....Provincia:.....Teléfono (\*):.....

**E-mail:**.....

Nacionalidad (\*):..... Fecha de Nacimiento (\*):.....

Edad:..... Sexo:.....

Estado Civil (\*):..... Tipo y Nº de documento (\*):.....

Cuit / Cuil / Cdi (\*):..... Ingresos Brutos:.....

Actividad específica (\*):.....

**(\*) Importante:**

Los datos solicitados en el presente formulario marcados por (\*) son requeridos en forma obligatoria por la resolución 6/2005 de la Unidad de Información Financiera en cumplimiento de la Ley 25.246 sobre "Encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo".

Asimismo, cualquiera de estos datos pueden ser solicitados en caso de anulación de la operación con restitución de prima igual o superior a \$ 50.000.-, o en caso de pago al asegurado de indemnización por siniestro igual o superior a \$ 50.000.-

En caso de Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados será requerida la siguiente información:

- Identificación del cesionario o beneficiario.
- Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

Las siguientes situaciones pueden ser utilizadas como alertas que podrían obligar a nuestra Aseguradora a reportar la operación ante la Unidad de Información Financiera:

- Negación o reducción en el suministro de la información
- Entrega de información engañosa o difícil de verificar
- Operaciones sin justificación económica
- Determinación de desvíos, incongruencias, incoherencias o inconsistencias entre la transacción realizada y el perfil del cliente.

**Datos Profesionales**

1- ¿En qué Universidad de graduó como Médico? .....

Año de graduación:.....

2- Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente:.....

Nº de matrícula:..... Fecha de matriculación:.....

Tipo de matriculación (si corresponde):.....

3- ¿Es miembro activo de alguna asociación Médica?

**SI NO**

¿Cuáles? .....

4- Describa cuales son sus especialidades y el porcentaje de trabajo realizado en cada área:

.....

.....

¿Si su práctica es part-time, cuántas horas por semana se desempeña como médico?

.....

5- Describa su forma de Trabajo Actual:

Relación de Dependencia - Consultorio - Privado – Otros

Especificar:.....

.....

¿Trabaja Ud. asociado a otro/s Médicos? .....

¿Cuántas personas trabajan para Ud. en relación de dependencia? .....

¿Cuántos empleados son técnicos?..... Enfermeros/as: .....

Otros (especifique): .....

6- ¿Posee Ud. total o parcialmente, dirige o administra algún hospital, asilo o alguna otra institución donde se presten servicios Médicos?

**SI NO**

En caso afirmativo, detalle claramente .....

.....

7- ¿Es Ud. empleado de alguna institución de salud? **SI NO**  
¿Cuál? .....

8- ¿Cuáles son sus ingresos brutos anuales?.....

9- ¿Ha tenido algún tipo de seguro de responsabilidad médica? **SI NO**  
¿Continúa vigente? **SI NO**

Nombre del Asegurador:.....

Período por el que estuvo asegurado: .....

¿Cuál fue/es el límite de responsabilidad otorgado? (suma asegurada):  
Moneda: **US\$ \$**  
Monto:.....

10- ¿Le ha sido rechazado o cancelada igual o similar cobertura por algún asegurador? **SI NO**  
¿De cuál asegurador?.....

¿Por qué fue rechazada/cancelada la cobertura?.....

¿Existen reclamos y demandas pendientes? **SI NO**  
Nombre del demandante: .....

Motivo de la demanda: .....

Monto reclamado: \$.....

Otras aclaraciones: .....

11- ¿Ha tenido reclamos o ha sido demandado por Responsabilidad Médica, negligencias, error u omisión de algún tipo? **SI NO**

¿Cuándo?.....

¿Por qué?.....

Carátula del juicio: .....

Letrado patrocinante: .....

Resultado: .....

12- ¿Conoce Ud. alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? **SI NO**

Descríbalo detalladamente:

.....  
 .....  
 .....

13- ¿Ha tenido usted, en el pasado, alguna condena por abuso de alcohol o drogas?  
**SI NO**

**Datos del Seguro Solicitado**

14- Suma Asegurada Solicitada: Moneda: **U\$S \$**  
 Monto:.....

¿Adicional Jefe de Equipo? **SI NO**

Vigencia del Seguro Desde:.....Hasta:.....

Condición frente al I.V.A.: .....

C.U.I.T. N°: .....

Declaro que la información vertida en esta solicitud es completa, verídica y hecha de buena fe.  
 Constituyen la condición de validez del Seguro, y forman parte integrante del mismo.

Fecha ..... de ..... de 20 .....

.....  
 Firma del Solicitante

**Nota: El firmado de esta propuesta no obliga ni al solicitante ni al Asegurado en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.**

## ANEXO LEY 25.246 (\*) - Personas Físicas

**Para primas mayores a \$ 50.000 (Ley 25.246 - se considerarán el total de primas anuales de todos los ramos) (\*)**

Lugar de Nacimiento: ..... País:.....

Nombre y apellido del cónyuge:.....

Tipo y nro documento del cónyuge:.....

DDJJ sobre licitud y origen de los fondos ¿Se adjunta? SI ..... NO .....

Presentación de documentación respaldatoria ¿Se adjunta?

Certificación extendida por contador público matriculado que certifique el origen de los fondos. SI ..... NO .....

Documentación bancaria donde surja la existencia de fondos suficientes. SI ..... NO .....

Cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación. SI ..... NO .....

Detallar la documentación adjunta: .....

Referencias comerciales, personales o laborales:

**Referencia 1**

Apellido: ..... Nombres: .....

Razón Social: .....

Tipo y N° Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi: .....

Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... N°:.....Piso:.....

Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

**Referencia 2**

Apellido: ..... Nombres: .....

Razón Social: .....

Tipo y N° Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi: .....

Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... N°:.....Piso:.....

Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

## ANEXO II – Forma de Pago

Fecha / /

**Póliza en trámite**      **Asegurado:** \_\_\_\_\_

En mi carácter de tomador de la póliza que se emita con relación a la Cotización oportunamente entregada (en adelante la "Póliza"), solicito a Noble S. A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional (en adelante "Noble") la adhesión al sistema de pago electo para el pago del premio y / o de cualquier otro concepto que pudiere adeudarse en virtud de la Póliza.

**a) Autorización débito en Tarjeta de Crédito:**

MasterCard       MasterCard - Naranja       Visa       Visa - Naranja

Nº de tarjeta (16 dígitos):

A nombre de: \_\_\_\_\_ Vto. (fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

**b) Autorización Débito Automático:**

Caja de Ahorros       Cuenta Corriente

Nº de cuenta (16 dígitos):

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

C.B.U. (22 dígitos):

**Suscribe la presente el tomador / asegurado, en presencia del productor interviniente.**

Tomador / Asegurado:

Productor:

Firma:

Firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aclaración:

Aclaración:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D.N.I.:

D.N.I.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_