



SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS

1. DATOS GENERALES DEL TOMADOR

1er. Nombre :	2do. Nombre:	Nro. C.I./ R.I.F.:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:

Los datos del Tomador se complementan con la planilla de Actualización del Cliente, la cual forma parte integrante de esta solicitud.

2. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

1er. Nombre :	2do. Nombre:	Nro. C.I./ Pasaporte:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:

Condición de la vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> otras	Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Casa
--	---

País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
-------	---------	---------	------------

Urbanización:	Parroquia:
---------------	------------

Avenida:	Calle:	Transversal:
----------	--------	--------------

Nombre: <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta	<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	Apto.:	Zona Postal:
---	--	--------	--------------

Teléfono de Habitación:	Celular:	Fax:
-------------------------	----------	------

Correo electrónico:	Edo. Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
---------------------	--	---

Ingreso mensual (Bs): <input type="checkbox"/> Hasta 800 <input type="checkbox"/> Entre 1.601 y 3.200 <input type="checkbox"/> Entre 4.801 y 6.000 <input type="checkbox"/> Entre 801 y 1.600 <input type="checkbox"/> Entre 3.201 y 4.800 <input type="checkbox"/> Más de 6.001	Patrimonio (Bs.): <input type="checkbox"/> Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> Entre 50.001 y 200.000 <input type="checkbox"/> Más de 200.001
--	---

Indique las asociaciones de la que es miembro:

<input type="checkbox"/> Registro sanitario	Año de Inscripción: _____	Nro. de Registro Sanitario: _____
<input type="checkbox"/> Colegio de Médicos/odontólogos	Año de Inscripción: _____	Nro. de Inscripción: _____
<input type="checkbox"/> Sociedades según especialidad	Año de Inscripción: _____	

Indique si es miembro de otra asociación médica:

Indique la especialidad o especialidades que se encuentra ejerciendo: En el caso de médicos: <input type="checkbox"/> Medicina Familiar y Comunitaria (Medicina General) <input type="checkbox"/> Endocrinología <input type="checkbox"/> Gastroenterología <input type="checkbox"/> Geriátrica <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Medicina del trabajo (general y Profesional) <input type="checkbox"/> Medicina Deportiva <input type="checkbox"/> Medicina Interna <input type="checkbox"/> Terapeuta intensivo <input type="checkbox"/> Medicina Legal y Forense <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva y Salud Pública (Comunitaria y Hospitalaria) <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Neumonología <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Oncología Médica	<input type="checkbox"/> Medicina Nuclear y radioterapia <input type="checkbox"/> Anestesiología y Reanimación <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico <input type="checkbox"/> Cardiología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Cirugía Maxilofacial <input type="checkbox"/> Traumatología y ortopedia <input type="checkbox"/> Cirugía Cardiovascular <input type="checkbox"/> Cirugía General <input type="checkbox"/> Cirugía Pediátrica <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva <input type="checkbox"/> Cirugía Torácica <input type="checkbox"/> Neurocirugía <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/> Emergenciología
--	--

Mercantil Seguros, C.A. – Capital suscrito y pagado Bs. 17.033.082,00 – RIF: J-000901805 – NIT: 00000-185-6-2. Inserta en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el No. 66 Tomo 7 – A, e inscrita en la Superintendencia de Seguros del Ministerio de Finanzas bajo el N° 74. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela N° 74. Dirección: Av. Libertador con calle Isaías "Látigo" Chávez, Chacao, Z.P. 1060, Caracas – Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Fax: (0212) 276.2001. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Dirección Cable "Censeca", Télex 24119. Dirección Internet: www.segurosmercantil.com

- Pediatría
- Psiquiatría
- Rehabilitación
- Reumatología
- Inmunología
- Dermatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología

- Cirugía oncológica.
- Infectología
- Cualquier otra. Especifique:

En el caso de odontólogos:

- Odontología
- Cirugía Maxilofacial
- Cualquier otra. Especifique:

3. VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia del Seguro: Desde: _____ Hasta: _____

4. COBERTURA BÁSICA

Límite máximo de responsabilidad Bs.:

5. COBERTURAS OPCIONALES

Su contratación no es obligatoria, depende de la voluntad del Tomador

Marque con una (x) las coberturas opcionales que desea contratar e indique el límite máximo de responsabilidad:

<input type="checkbox"/> Gastos para pagos suplementarios	Bs.
<input type="checkbox"/> Gastos por asistencia legal	Bs.
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil derivada del uso y/o aplicación de aparatos de rayos	Bs.

6. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

6.1. ESTUDIOS REALIZADOS

Universidad o centro de estudios superiores donde se graduó:	Año de otorgamiento del título:
--	---------------------------------

Denominación del Título Profesional:

Indique a continuación los cursos o estudios superiores realizados y los certificados obtenidos en su especialización

No.	Centro de estudio	Fechas	Titulo o certificado obtenido
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

6.2. EXPERIENCIA LABORAL PASADA

Año en que se inició en el ejercicio profesional:

Hospitales o instituciones donde realizó sus practicas universitarias, durante sus estudios básicos:

Lugares donde ha ejercido Ud. su profesión a partir de su graduación				Tipo de institución (Marque con una x)	
No.	Lugar	Desde	Hasta	Pública	Privada
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3. ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL

Lea cuidadosamente y responda cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿Realiza usted consultas médicas?: Sí No

En caso afirmativo indique la siguiente información de cada una de las instituciones:

Nombre de la institución / Consultorio	Ubicación	Teléfono	Relación Laboral (Marque con una x)		Tipo de institución (Marque con una x)	
			Independiente	Contratado	Pública	Privada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Realiza usted Intervenciones quirúrgicas?: Sí No

En caso afirmativo indique la siguiente información de cada una de las instituciones:

Nombre de la institución / Consultorio	Ubicación	Teléfono	Relación Laboral (Marque con una x)		Tipo de institución (Marque con una x)	
			Independiente	Contratado	Pública	Privada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Número de horas de trabajo diarias que realiza habitualmente Horas

4. ¿Presta usted regularmente servicios de emergencia?: Sí No

5. Indique si posee y usa:

Aparatos rayos X o láser: Sí No

En caso AFIRMATIVO:

Indique el tipo:

Señalar si con fines diagnóstico, terapéutico o para ambos :

Materiales Radioactivos : Sí No

En caso AFIRMATIVO:

Indique el tipo:

6. Indique si ejerce la cirugía plástica: Sí No

En caso AFIRMATIVO:

Con fines de cirugía reconstructiva o cirugía correctiva de anomalías congénitas: Sí No

Con fines estéticos: Sí No

7. En el ejercicio de su profesión ¿cuenta con la asistencia de médicos auxiliares, técnicos o enfermeras bajo su supervisión?

Sí No

En caso AFIRMATIVO indique la siguiente información de cada uno:

Nombre y Apellido	C.I. / Pasaporte	Antigüedad en el empleo	Profesión	Ocupación
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

7. OTROS SEGUROS CONTRATADOS

Lea cuidadosamente y responda cada una de las siguientes preguntas:

1. ¿Ha contratado en años anteriores Seguro de Responsabilidad Civil Profesional? Sí No

En caso AFIRMATIVO Indicar la siguiente información:

Compañía	Vigencia de la Póliza	Límite de Cobertura
1.		Bs.
2.		Bs.
3.		Bs.

2. ¿Posee actualmente otros seguros de Responsabilidad Civil Profesional? Sí No

En caso AFIRMATIVO Indicar la siguiente información:

Compañía	Vigencia de la Póliza	Límite de Cobertura
1.		Bs.
2.		Bs.
3.		Bs.

3. ¿Le ha sido negada, cancelada, rehusado a renovar, o aceptado el seguro bajo condiciones especiales? Sí No

Detallar:

4. ¿Se han presentado reclamaciones o intento de demanda contra usted, o contra el personal a su servicio? Sí No

Detallar:

5. ¿Ha sido suspendido y/o amonestado alguna vez por autoridades competentes en el desempeño del ejercicio de la profesión?

Sí No

Detallar:

8. DECLARACIONES DEL TOMADOR

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.

Autorizo (amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Firma:	Nro. R.I.F. / C.I.:	Lugar y Fecha:
-------------------------------------	--------	---------------------	----------------

9. INTERMEDIARIO

Apellidos y Nombres:	Código:	Firma:
----------------------	---------	--------

Firma del EL TOMADOR o
su Representado

Sello y Firma del Representado
de EI ASEGURADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Según Oficio Nro. 008797 de fecha 4 de Agosto del 2010