



El presente formulario constituye la Solicitud del seguro y formará parte de la póliza correspondiente. El solicitante declara haberse impuesto de las Condiciones del seguro las que acepta en todas sus partes y afirma que la información dada en la presente solicitud es completa, verídica y de buena fe, aún cuando no esté escrita de su puño y letra.
Art.5 Ley de Seguros 17418: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

NÚMERO DE COTIZACION		NÚMERO DE CLIENTE		POLIZA NÚMERO	
PRODUCTOR NÚMERO	AGENCIA	VIGENCIA DESDE	AÑO	HASTA	AÑO

FIGURA DEL CONTRATANTE (Tildar lo que corresponda y completar la sección indicada)

SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA

Apellido y nombres		DNI	LC	LE	Pas. N°
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Sexo M F	Estado Civil	CUIT	CUIL	CDI	N°
¿Es agente de percepción? SI NO					Ingresos Brutos N°
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 [] + []		Tel. móvil 0 [] + 15 []		e-mail: [] @ []	
Profesión / Ocupación / Actividad principal					¿Es persona expuesta políticamente? SI NO

DATOS DEL CO-TITULAR

Apellido y nombres		DNI	LC	LE	Pas. N°
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Sexo M F	Estado Civil	CUIT	CUIL	CDI	N°
¿Es cónyuge? SI NO					
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 [] + []		Tel. móvil 0 [] + 15 []		e-mail: [] @ []	

SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)

Razón Social		CUIT	CIU
Fecha de inscripción registral	N° de inscripción registral	Fecha de contrato ó escritura de constitución	
Domicilio legal: Calle		N°	Piso
Tel. fijo 0 [] + []		Tel. móvil 0 [] + 15 []	
¿Es agente de percepción? SI NO			
Actividad principal realizada			Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)

DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA

Apellido y nombres del representante de la persona jurídica		En carácter de			
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Nacionalidad		
Sexo M F	Estado Civil	DNI	LC	LE	Pas. N°
CUIT / CUIL					
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 [] + []		Tel. móvil 0 [] + 15 []		e-mail: [] @ []	

(•) **Adjuntar:** Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.

SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••)

Denominación de la Dependencia		CUIT	Condición ante el IVA	Tel. fijo 0 [] + []	Tel. móvil 0 [] + 15 []
Domicilio legal organismo: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PÚBLICO					
Apellido y nombres del funcionario		DNI	LC	LE	Pas. N°
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad

(••) **Adjuntar:** Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.

Apartado I- DATOS PROFESIONALES

- Profesión / Título obtenido: []
 - ¿Su profesión es regulada por alguna norma (ley, decreto, resolución u otra) y/o reconocida por el Ministerio de Salud? SI NO
- Universidad / Organismo que expidió el título: [] Año de graduación []
- Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente: []

N° de Matrícula []	Año de matriculación []	Tipo de matriculación: []
Nacional / Provincial / Otras (Especificar): []		
- Jurisdicción en la que ejerce su actividad profesional: []
- ¿Es miembro activo de alguna asociación de salud? SI NO ¿Cuáles? []

LD

1 de 3

Casa Matriz:
Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata
Teléfono: (0221) 429-0200 • Fax: (0221) 429-0229 • http://www.fedpat.com.ar
E-mail: seguros@fedpat.com.ar

Este formulario contiene todos los datos obligatorios requeridos por la Ley N° 25.246

5. Indicar las Especialidad/es en la/s que ejerce y se encuentra habilitado y el porcentaje dedicado a cada una de ellas

Form fields for specializations and percentages.

6. N° Matricula especialidad

Form field for speciality registration number.

7. ¿Administra algún tipo de anestesia? SI NO

En caso afirmativo indique que clase (General, local, intravenosa, otras)

Form field for type of anesthesia.

8. ¿Efectúa algún procedimiento considerado quirúrgico? SI NO

En caso afirmativo indique el tipo de procedimiento que realiza:

Form field for type of surgical procedure.

9. Describa su forma de Trabajo Actual Relación de dependencia Consultorio Privado Otros Especificar

Form field for work form and dependencies.

¿Trabaja Ud. asociado a otro/s profesionales? SI NO

10. ¿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

Form field for hospital/clinic details.

11. ¿Ha tenido algún tipo de seguro de responsabilidad médica? SI NO ¿Continúa vigente? SI NO

Nombre del Asegurador

Form field for insurance name.

12. ¿Le ha sido rechazado o cancelada igual o similar cobertura por algún asegurador? SI NO

¿De cuál asegurador?

Form field for insurance rejection details.

¿Por qué le fue rechazada/cancelada la cobertura?

Form field for reason of rejection.

Apartado II - COBERTURAS ADICIONALES

Desea contratar la cobertura adicional de: a) Jefe de Equipo / Servicio SI NO b) Director Médico SI NO

IMPORTANTE:

Para todas las secciones donde exista la posibilidad de contratar coberturas adicionales: EN CASO QUE EL SOLICITANTE HAYA DEJADO CAMPOS O CASILLEROS SIN COMPLETAR, SE CONSIDERARA QUE NO DESEA CONTRATAR LA COBERTURA ADICIONAL A LA QUE SE REFIERE TAL CAMPO O CASILLERO.

Apartado III - EXPERIENCIA SINIESTRAL

¿Ha sido objeto de procedimientos o sanciones disciplinarias o reprimenda por parte de organismos administrativos o asociaciones profesionales? SI NO

En caso afirmativo detalle claramente

Form field for disciplinary actions.

¿Ha sido demandado en alguna oportunidad por cualquier razón? SI NO

En caso afirmativo detalle claramente e indique el resultado

Form field for lawsuit details.

¿Ha tenido /tiene reclamos y/o ha sido demandado por mala practica o responsabilidad profesional, negligencia, error u omisión de algún tipo? SI NO

En caso afirmativo indique:

Form fields for date and motive.

Form field for case number.

Form field for court.

Form field for lawyer.

Form field for result.

Form field for attachment note.

¿Es de su conocimiento alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? SI NO

En caso afirmativo detalle claramente

Form field for circumstances.



SECCIÓN IV - OBSERVACIONES

ADVERTENCIA

El presente formulario constituye la Solicitud del seguro y formará parte de la póliza correspondiente. Todas las preguntas deberán ser respondidas en forma precisa sin dejar espacios en blancos y de existir alguna duda sobre la información solicitada, o si alguna circunstancia que haya considerado de interés no ha sido preguntada, en ambos casos deberá consultar al asegurador quien diligentemente lo asesorará. Si el espacio asignado a cada pregunta no le ha permitido extenderse en la forma que Usted considere adecuada agregue a esta Solicitud todas las páginas complementarias que crea necesarias. Tenga el recaudo de aclarar el número de la pregunta correspondiente, firme y numere las páginas anexas.

Firmar esta solicitud no obliga ni al solicitante ni al Asegurador en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.

PLAN DE PAGO Y FORMA

ANTICIPO Y CUOTAS **FORMA DE PAGO:** EFECTIVO TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO EN CUENTA (Adjuntar formulario correspondiente)

SUMA ASEGURADA, PRIMA Y PREMIO TOTAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SUMA TOTAL ASEGURADA	PRIMA TOTAL	PREMIO TOTAL

Lugar Fecha:

FIRMA DEL SOLCITANTE

ACLARACIÓN FIRMA

