

EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS OCASIONES: EJEMPLO CONSULTORIO PROPIO Y/O OTRA CLÍNICA, ETC.

_____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS?

_____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

_____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

HA TENIDO CONTRATADOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

_____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: _____ LÍMITE ASEGURADO: _____

LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

_____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

SUMA ASEGURADA SOLICITADA: _____

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ CONSIGNADAS Y TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD SON VERÍDICAS. ACEPTO QUE CUALQUIER FALSEDAD EN ELLAS CONTENIDA, RELEVARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE RECLAMO. LA COMPAÑÍA NO ASUME RESPONSABILIDAD SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO Y EL PAGO DE LA PRIMA.

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA: