

Renueva Póliza N°

Proforma Folio N°

**CONTRATANTE**

Nombre

Rut

Dirección

Comuna / Ciudad

E-Mail

Teléfono

**ASEGURADO: (Si es distinto al Contratante)**

Nombre

Rut

Dirección

Comuna / Ciudad

E-Mail

Teléfono

**BENEFICIARIO:**

Nombre

Rut

**SISTEMA DE NOTIFICACIÓN - REQUISITO PARA LA EMISIÓN**

El asegurado autoriza a la compañía a efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

E-Mail al correo electrónico

Carta a la siguiente dirección

Otro

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS**

Especialidad				Reconocida por CONACEM	SI	NO
Examen EUNACOM	NO	SI	Aprobado	Reprobado		
Nacionalidad				Fecha de Nacimiento		
Nombre de la Universidad que entregó el Título				Año en que terminó los estudios		Año de Certificación
Convalidación de títulos (sólo extranjeros) Entidad					Año	

**ANTECEDENTES LABORALES**

¿Su actividad la desempeña en qué tipo de institución?	Pública	Privada	Ambas
¿Tienen seguro de asistencia legal?	SI	NO	

**SINIESTRALIDAD**

¿Ha sido materia de sumarios administrativos en relación con las atenciones otorgadas a pacientes?	NO	SI
Indicar número de sumarios administrativos		
Fue sancionado administrativamente	NO	SI
¿Ha sido objeto de reclamaciones formuladas por pacientes que dieran lugar a reclamos ante el Colegio Médico de Chile y/o procesos de Mediación y/o de investigaciones por el Ministerio Público y/o de demandas judiciales indemnizatorias?	NO	SI

**En caso de haber respuestas afirmativas con relación a la siniestralidad, por favor entregue información adicional al respecto.**

**COBERTURA**

Según condiciones generales de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica, POL 120130181.

**Monto a Asegurar**

UF 3.500.-  
UF 5.500.- De estos montos, hasta UF 1.000.- podrán estar destinados a gastos de Defensa Penal, monto que se deducirá del monto asegurado ante una eventual indemnización.

¿Existen otros seguros sobre lo mismo? NO SI Aseguradora UF

**PERIODO DE DURACIÓN DEL CONTRATO**

Vigencia Inicio Desde 12:00hrs Vigencia Término Hasta 12:00hrs

Prima Neta  
IVA  
Prima Bruta

**EXCLUSIONES**

- Todas las señaladas en las condiciones generales de la póliza y en sus cláusulas adicionales.
- La falta de éxito de servicios médicos prestados.
- El uso por dentistas y cirujanos dentales de anestesia general o procedimientos llevados a cabo bajo anestesia general a menos que sean realizados en un hospital acreditado y licenciado.
- Tratamientos o servicios prestados para provocar o evitar gravidez o procreación o alteraciones genéticas, incluyendo pero no limitado a operaciones para producir esterilidad, fertilización in vitro y/o abortos o concepciones.
- Siniestros que se produzcan de la ejecución o recomendación de alguna operación para producir esterilidad, a menos que sea indicado patológicamente.
- Siniestros que se produzcan por el uso de drogas para bajar de peso.
- Siniestros por cirugía cosmética / estética excepto cuando es necesario luego de un accidente o para corregir una deformidad congénita.
- Siniestros respecto a pérdida o pérdidas causadas por productos para implantación interna o inyección en humanos, conteniendo sólidos, líquidos o silicona en gel dentro de una membrana u otro, incluyendo –pero no limitado a– implantes mamarios, o constituidos por líquido o silicona en gel para inyectarse directamente en el tejido. Esto también se extiende a la respectiva bolsa, sobre o cobertura de cualquier material que sea.
- Siniestros causados directa o indirectamente por prueba, modificación, adquisición, ganancia, preparación, procesamiento, manufactura, manejo, distribución, almacenaje, reemplazo, aplicación de o uso de: humanos, animales (muertos o vivos) y sus órganos, su sangre, sus células, sus secreciones de todo tipo y cualquier derivado de ellos directo o indirecto, incluyendo biosíntesis (recombinación de genes) y productos relacionados.
- La infección con o tratamiento de SIDA.
- La operación de bancos de sangre, excepto cuando éstos sólo proveen sangre o productos sanguíneos para las cirugías aseguradas por la presente.
- Servicios prestados a menos que el prestatario haya pasado exitosamente los exámenes profesionales necesarios y tenga una licencia / permisos válidos para prestar servicios específicos según lo requiere la ley o estatuto local.
- Daño de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por o contribuido o surgido de radiación o radioactividad.
- Siniestros en respecto a compensación de trabajadores y/o responsabilidad de empleadores.
- Responsabilidad de directores y jefes de servicio.

**ANTECEDENTES DEL PAGO**

FORMA DE PAGO		DIA DE PAGO	FACTURACIÓN	PAGADOR
PAT	Vigente	Nuevo	30	No
				Si
			Anticipada	Contratante
			Posterior al pago	Asegurado
				Otro (indicar datos)
				Nombre
				RUT
				Dirección
<b>Contado: efectivo 2% de descuento o 3 cheques al día, 30 y 60 días sin descuento</b>			-	<b>Interés mensual 0,48% para pagos en cuotas, cheques, PAC y PAT</b>

**NOTA IMPORTANTE**

Con la emisión de la presente Propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta Propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la Póliza. Esta Propuesta forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza y de sus endosos.

**DECLARACIÓN DE SINCERIDAD**

Por este medio declaro y confirmo la veracidad de las declaraciones proporcionadas en este documento, que están completas y son verídicas, y me doy por enterado que cualquier declaración falsa u omisión deliberada implicará la nulidad del seguro.

	NOMBRE		
	RUT		
CORREDOR	FIRMA	CONTRANTE	FIRMA
			FECHA