

## Solicitud de Seguro

### PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS

#### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____			
N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____		
Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____	Ingreso Promedio Anual: _____	N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____		
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____		Ingreso Promedio Anual: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Correo Electrónico: _____		
	N° Teléfono Celular: _____		
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____		
Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

Propuesto Asegurado:	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____			
N° Teléfono Celular: _____			

#### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____	Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____ Sucursal: _____

**Coberturas a Contratar**BÁSICA: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 

SUMA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

El Asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

**COBERTURAS OPCIONALES**

Coberturas		Sumas Aseguradas	Deducibles
Responsabilidad Civil Familiar	<input checked="" type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil de Productos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil de Vigilantes	<input checked="" type="checkbox"/>		
Pagos Suplementarios	<input checked="" type="checkbox"/>		

**Otros Seguros**

Si posee otro(s) contrato(s) con cobertura similares a las otorgada por este seguro, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza o Ramo	Suma Asegurada	Vigencia	
				Desde	Hasta
				/ /	/ /
				/ /	/ /
				/ /	/ /

Ha contratado en años anteriores Seguros de Responsabilidad Civil Profesional: Si  No 

(En caso afirmativo, indique las aseguradoras)

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza o Ramo	Suma Asegurada	Vigencia	
				Desde	Hasta
				/ /	/ /
				/ /	/ /
				/ /	/ /

¿Le ha sido negada, cancelada, rehusado a renovar, o aceptado el seguro o seguros anteriores bajo condiciones especiales? Si  No   
De detalles: \_\_\_\_\_**Datos de la Profesión del Propuesto Asegurado****1. Indique las asociaciones de la que es miembro.**

Registro Sanitario: \_\_\_\_\_ Número de Registro: \_\_\_\_\_ Año de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Colegio de Médicos/Odontólogos: \_\_\_\_\_ Número de Inscripción: \_\_\_\_\_ Año de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Sociedades según especialidad: \_\_\_\_\_ Año de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Indique si es miembro de alguna otra asociación médica (nacional o internacional): \_\_\_\_\_

**2. Indique la especialidad o especialidades que se encuentra ejerciendo actualmente.***En el caso de médicos**En el caso de odontólogos***3. Estudios Realizados.**

Universidad o Centro de Estudios superiores / Año de otorgamiento del título: \_\_\_\_\_

Denominación del título profesional: \_\_\_\_\_

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

Centro de Estudios	Título	Fechas
		/ /
		/ /
		/ /

**4. Experiencia Laboral. (Lea y responda cuidadosamente, marque con una x donde corresponda)**

Año en que inicio el ejercicio profesional:

Hospitales o instituciones donde realizó sus prácticas universitarias, durante sus estudios básicos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitales o instituciones donde ha ejercido su profesión.

Hospital o Institución	Fechas	Fechas	Pública	Privada
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		

Realiza usted consultas médicas Si  No  (En caso afirmativo, complete la siguiente información en cada una de las instituciones)

Hospital o Institución o Consultorio	Ubicación	Teléfono	Independiente	Contratado	Pública	Privada

Realiza usted intervenciones quirúrgicas: Si  No  (En caso afirmativo, complete la información para cada una de las instituciones)

Hospital o Institución o Consultorio	Ubicación	Teléfono	Independiente	Contratado	Pública	Privada

Número de horas de trabajo diarias que realiza habitualmente: \_\_\_\_\_ ¿Presta regularmente servicios de emergencia? Si  No

Indique si posee y utiliza:

Aparatos de Rayos X o láser: Si  No  En caso afirmativo, indique el tipo: \_\_\_\_\_

Con fines diagnóstico, terapéutico o ambos: \_\_\_\_\_

Materiales Radioactivos: Si  No  En caso afirmativo, indique el tipo: \_\_\_\_\_

Indique si ejerce y realiza Cirugía Plástica: Si  No  En caso afirmativo, indique si es con fines de cirugía reconstructiva. cirugía de anomalía congénitas, con fines estéticos: \_\_\_\_\_

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

Nombre y Apellido	C.I. / Pasaporte	Antigüedad	Profesión	Ocupación

¿Se han presentado reclamaciones o demandas o intento de ellas en su contra o en contra del personal a su servicio? Si  No

De detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido suspendido y/o amonestado alguna vez por autoridades competentes en el desempeño de su profesión?

De detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Declaración del Tomador

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al Asegurador para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. Autorizo la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo.

Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado  Fecha: ____ / ____ / ____	N° Cédula del Propuesto Asegurado  _____	Firma del Propuesto Asegurado  _____	<b>Huella</b>	Pulgar del Propuesto Asegurado  _____
--	--	--	---------------	---

Como Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

<b>Firmas</b>	Intermediario de Seguro:  Fecha: ____ / ____ / ____	El Tomador / Solicitante  Fecha: ____ / ____ / ____	El Representante Legal (en caso que lo amerite)  Fecha: ____ / ____ / ____	<b>Huella</b>	Pulgar del Tomador  _____
---------------	---	---	---	---------------	---------------------------------

Estar Seguros, S.A. – RIF.: J 000075875 Centro Plaza, Torre D, 1ª Transversal de Los Palos Grandes - Apartado 68260, Caracas 1062-A, Venezuela

[www.estarseguros.com](http://www.estarseguros.com) - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela" oficio N° FSA-1-1-000688, de fecha 27/12/2021