

## Cuestionario / Solicitud para Profesionales Médicos Seguro de Responsabilidad Civil

Cualquier omisión o inexacta declaración de la información requerida, facultará a AXA Seguros, S.A. de C.V. para rescindir de pleno derecho el contrato que se hubiese celebrado, de acuerdo a los Arts. 8, 9, 10, 47, 51 y 61 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

**Nota: Es indispensable para el trámite de su solicitud requisitar toda la información detallada, en caso necesario anexe hoja(s).**

### Datos generales

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social del Asegurado

#### Domicilio

Calle			No. exterior	No. interior
Colonia	Delegación o municipio	Población o ciudad		Código postal
Estado		Correo electrónico		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044		

<input type="checkbox"/> Expedición	<input type="checkbox"/> Cotización	<b>Forma de pago</b>			
		<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

#### Vigencia solicitada

Desde 12:00 hrs. (Mediodía)	Día	Mes	Año	Hasta 12:00 hrs. (Mediodía)	Día	Mes	Año
-----------------------------	-----	-----	-----	-----------------------------	-----	-----	-----

Suma asegurada solicitada

<input type="checkbox"/> \$100,000	<input type="checkbox"/> \$250,000	<input type="checkbox"/> \$500,000
<input type="checkbox"/> \$1,000,000	<input type="checkbox"/> Otra \$ _____ L.U.C.	

Denominación del Título Profesional	Año de otorgamiento del Título
-------------------------------------	--------------------------------

No. de Cédula en la Dirección General de Profesiones	No. de registro en la S.S.A.
--	------------------------------

¿Cuántos años ha practicado de forma efectiva?	¿Ha tenido contratados en los últimos 5 años Seguros de Responsabilidad Civil Profesional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

En caso afirmativo indicar

Compañía de seguros

Suma Asegurada \$ _____	Vigencia
-------------------------	----------

¿Le ha sido rehusada o cancelada por alguna aseguradora la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional? Sí  No

En caso afirmativo detallar los motivos

### Ejercicio Profesional por Cuenta Propia

#### Indique si ejerce sus actividades

<input type="checkbox"/> Exclusivamente en su Consultorio (*)	<input type="checkbox"/> Proporciona servicios en otros establecimientos como Médico Externo (**)
<input type="checkbox"/> Proporciona servicios en otros establecimientos bajo Relación de Trabajo (***)	

(\*) Ubicación del consultorio

(\*\*) Nombre de la institución donde presta servicios

(\*\*\*) En este caso, deberá requisitar el apartado "Ejercicio Profesional bajo Relación de Trabajo".

**Questionario / Solicitud  
para Profesionales Médicas Seguro de Responsabilidad Civil**

<b>Marque cuál(es) es(son) su(s) especialidad(es):</b>		
<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con fines distintos a los anteriores (*)
<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Atención de Enfermedades Mentales	
<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Otra (**)
<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Ortodoncia	
<input type="checkbox"/> Anestesiología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con fines de Cirugía Reconstructiva Post-Traumática	
<input type="checkbox"/> Oftalmología	<input type="checkbox"/> Cirugía Plástica o Estética con Cirugía Correctiva de Anormalidades Congénitas	
(*) Especifique		
(**) Descríbalos		
<b>Ejercicio Profesional bajo Relación de Trabajo</b>		
Nombre de la institución, establecimiento, empresa o médico para los que presta sus servicios		
Ubicación del centro de trabajo		
Describa puesto y labores que desempeña		
¿El puesto que desempeña implica labores de vigilancia o supervisión de otros médicos u otro personal médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Aparatos de Rayos X u otros aparatos</b>		
Marque el(los) tipo(s) de aparato(s) que posee o utiliza:		
<input type="checkbox"/> Aparatos de Rayos X con fines de diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Aparatos de Rayos X que ocasionalmente se utilicen para fines terapéuticos		
<input type="checkbox"/> Aparatos Generadores de Rayos por aceleración de partículas		
<input type="checkbox"/> Aparatos Generadores de Rayos de Onda Corta o de Rayos Corpusculares enriquecidos (*) (Ejemplo: Betatrón o Acelerador de Electrones, Generador Van Der Graff, Acelerador Lineal, Ciclotón, Sincrotón)		
<input type="checkbox"/> Aparatos Generadores de Rayo Láser		
<input type="checkbox"/> Otros (**)		
(*) Especifique		
(**) Descríbalos		
¿Posee y aplica a pacientes Materias Radioactivas Naturales? (*)		
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Posee y aplica a pacientes Materias radioactivas Artificiales? (*)		
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Posee y aplica a pacientes otro tipo de Materias Radioactivas? (*)		
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(*) En caso afirmativo, indique cuáles		

Otros Riesgos			
¿Posee u opera farmacias?                      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, indique			
Número de farmacéuticos titulados empleados (farmaco-biólogos, químicos, etc.)		Número de empleados no titulados	
¿Posee u opera laboratorios independientes de análisis clínicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, indique			
Número de farmacéuticos titulados empleados (farmaco-biólogos, químicos, etc.)		Número de empleados no titulados	
Coberturas Solicitadas			
Marque las coberturas que desea contratar			
<input type="checkbox"/> <b>Cobertura Básica (Incisos 1.1 al 1.4)</b>	<input type="checkbox"/> Estacionamiento o garage de automóviles	No. de cajones _____	
<input type="checkbox"/> Profesionales Veterinarias (Inciso 1.5)	Sublímite anual \$ _____	Sublímite por unidad \$ _____	
<input type="checkbox"/> Arrendatario	<input type="checkbox"/> Con Acomodadores	<input type="checkbox"/> Sin Acomodadores	
Sublímite Anual: \$ _____	<input type="checkbox"/> Cuenta con vigilancia	<input type="checkbox"/> Es un local cerrado y bardeado	
<input type="checkbox"/> Asumida (anexar contratos)	<input type="checkbox"/> Existe control de las entradas y salidas de autos		
<input type="checkbox"/> Primeros Auxilios en el Extranjero	<input type="checkbox"/> Otra, especificar _____		
Indique si el(los) inmueble(s) es(son) propio(s) o arrendado(s), su ubicación y uso:			
Propio	Arrendado	Ubicación	Uso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Questionario / Solicitud  
para Profesionales Médicas Seguro de Responsabilidad Civil**

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos 5 años (incluyendo en el extranjero)		
Daño ocasionado	Causa	Monto
		\$
		\$
		\$
Nota: En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales.		
<b>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</b>		
<b>Datos del Agente</b>		
No. de Agente	Nombre del Agente	
Tel. Agente	Lugar y fecha	
<b>Firma del solicitante</b>		<b>Firma del Agente</b>

Autorización C.N.S.F. Of. Núm. 06-367-I-1.1/12134 Exp. 732.7(S-3)/1 del 30 de Mayo de 1997