

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS A.D. 1379
Datos del solicitante

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno		No. Ángeles
Dirección (Calle, Número, Colonia)		R.F.C.
(Delegación o Municipio, Ciudad, Estado, C. P.)		
Teléfono Consultorio	Correo electrónico	

Datos sobre el riesgo

Registro Secretaría de Salud	No. Cédula Profesional	Especialidad	No. de Cédula de Especialidad
Número de empleados bajo su supervisión Enfermeras _____ Técnicos _____ Auxiliares _____ No Profesionistas _____		Inicio de vigencia solicitada (dd/mm/aaaa)	

Reclamaciones y Siniestros (En caso de necesitar mas espacio ampliar en la parte posterior)

Ha sido demandado por motivo de su práctica profesional Si No En caso afirmativo, llenar el siguiente cuadro

Fecha	Causa de la Reclamación	Monto reclamado	Estatus de la Reclamación

Detalle de Coberturas

Sección	Coberturas amparadas	Límite de responsabilidad	Deducible
A	Responsabilidad Civil y Profesional	\$ 5,000,000.00 L.U.C. Límite Único Combinado	No Aplica
B	Primeros Auxilios		
	Responsabilidad Civil Arrendatario		
	Responsabilidad Civil Asumida		
	Responsabilidad Civil por Contaminación		
	Responsabilidad Civil Inmuebles y Actividades		

El Solicitante declara que todas las afirmaciones e informaciones aportadas en la presente solicitud son verdaderas. La firma de la solicitud no compromete al Solicitante a formalizar el seguro, pero se acuerda por la presente que esta solicitud será la base del contrato si se emite una póliza y que la presente solicitud se considerará parte de la póliza emitida.

El Solicitante declara que ninguna persona para la que se solicita cobertura del seguro conoce ningún hecho, circunstancia o situación distintos de los declarados en esta solicitud que indique la posibilidad de un reclamo que pudiera estar cubierto por el seguro solicitado. Se acuerda y queda entendido por el presente que, en caso de que antes de la fecha de entrada en vigencia de la póliza haya algún cambio sustancial en las respuestas a las preguntas contenidas en la presente solicitud, El Solicitante lo notificará a Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva (La Compañía), quien podrá, según su criterio, modificar o retirar cualquier cotización previa.

La Compañía queda autorizada a hacer cualquier investigación o preguntas en conexión con esta solicitud en la medida en que lo estime necesario. Queda garantizado que la información y declaraciones contenidas en la presente solicitud para la póliza y cualquier material que la acompañe son la base para la póliza y serán considerados incorporados a ella y parte de la misma.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0016-0588-2010 de fecha 23 de Junio de 2010.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

 Firma del solicitante

Seguros Multiva, S.A., Grupo Financiero Multiva

 Cda. de Tecamachalco No. 45, 4to. piso, Col. Reforma Social, C.P. 11650, Deleg. Miguel Hidalgo Tel. 52846200 y 01 800 830 3676
 Oficinas en Mérida: Calle 58-A No. 499 por 29 y 33, San Fernando Mérida, Yucatán, México, C.P. 97200 Tel. (999) 942-31-80

www.segurosmultiva.com.mx

SD-005