



TITULO:

**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGURO RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA  
Profesionales de la Salud**

FECHA:  
26/09/2013CÓDIGO:  
SGC-GTE-SUS-P01-F02VER.:  
1.1

<input type="checkbox"/> COTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> VARIACIÓN	PÓLIZA N°:	VIGENCIA:	DESDE:	HASTA:
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------	-----------	--------	--------

TIPO DE ASEGURAMIENTO: Por cuenta propia  Por cuenta de un tercero:  Intermediario  Venta directa:

**DATOS DEL TOMADOR**

Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:		Tipo de documento:	
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:		Otro teléfono:	
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:		Dirección Postal:	
	Provincia	Cantón		Distrito	
	Otras señas:				
Dirección de cobro:					

**DATOS DEL ASEGURADO (Llenar solo en caso de que sea diferente al Tomador)**

Nombre y apellidos o Razón social:		Identificación número:		Tipo de documento:	
Dirección para recibir Notificaciones:	Correo Electrónico:	Teléfono Celular:		Otro teléfono:	
	Teléfono Trabajo:	Teléfono Habitación:		Dirección Postal:	
	Provincia	Cantón		Distrito	
	Otras señas:				
Dirección de cobro:					

**MODO DE PAGO****FORMA DE PAGO**

		Periodicidad	Recargo Financiero
		<input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Dedución de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización)	<input type="checkbox"/> Semestral	4% sobre prima anual	
<input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea	<input type="checkbox"/> Trimestral	6% sobre prima anual	
<input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de OCEÁNICA	<input type="checkbox"/> Mensual	8% sobre prima anual	

**COBERTURAS Y MONTOS SOLICITADOS**

COBERTURAS BÁSICAS		SUMA A ASEGURAR	
		<input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Colones
Cobertura 4.1	Responsabilidad Profesional Médica		
Cobertura 4.2	Uso de equipos de diagnóstico o de terapéutica		
Cobertura 4.3	Suministro de medicamentos		
Cobertura 4.4	Sustitución provisional		

**EXPERIENCIA LABORAL**

Indique las 3 últimas Instituciones donde ha Ejercido su Profesión y Tiempo de Servicio:

En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:
En:	Desde:	Hasta:

**ESPECIALIDAD**

Médico General:	Cirujano:	Urólogo:	Dentista:	Ortopedista:
Radiólogo:	Fisiatra:	Otros (Especifique):		
No. Estimado de Pacientes por Año:		¿Presta usted regularmente Servicios en Emergencias? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
# de Asistentes a su servicio durante el Acto Médico:	Posee Consultorio: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso de Sí, # de camas:	¿Aloja pacientes?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**PLURALIDAD DE SEGUROS**

¿Mantiene actualmente seguro de R.C. Profesional de Médicos? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad Aseguradora:	Número de Póliza:
	En caso Afirmativo, favor indicar vigencia: DESDE: HASTA:	
¿Se ha presentado alguna reclamación contra usted o contra algún asistente en los últimos cinco (5) años?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, favor indicar detalles en documento separado.

Declaro formalmente mediante la firma en esta solicitud, que la información que doy es veraz, no es reticente ni falsa que pretenda aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Entidad Aseguradora para que acepte el riesgo. Asimismo, me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención, oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar mi interés asegurable en el desempeño de mi profesión. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la Póliza emitida por la Entidad Aseguradora. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma. Declaro a través de esta Solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas (Ley 8204 de la República de Costa Rica).

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Océánica de Seguros S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

FIRMA Y N° DE CÉDULA DEL TOMADOR	SI ES PERSONA JURÍDICA, ANOTAR:		LUGAR: _____ FECHA: _____
	Nombre: _____ Puesto: _____	NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO	

USO EXCLUSIVO DE OCEÁNICA	TRAMITADO POR:	FECHA:	ACEPTADO/AUTORIZADO POR:	FECHA:
---------------------------	----------------	--------	--------------------------	--------

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G08-07-A13-\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.