



COOPSEGUROS

Cooperativa Nacional De Seguros

C/ Hermanos Deligne #156, Gazcue, Santo Domingo, República Dominicana
Tels.: 809-682-6118 / 1-809-200-6118 / Fax: 809-682-6313
www.coopseguros.coop

SOLICITUD SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

Médico Clínica

Datos Generales del Solicitante:

Nombre del Asegurado _____ CEDULA/RNC _____
Direccion _____
Calle/Numero _____ Apartamento/edificio _____
Sector/Ciudad _____
Telefonos _____ Fax _____
E-mail _____

Ambito de Trabajo:

Público Nombre del lugar _____
Privado Nombre del lugar _____
Mixto

Especialidad médica que ejerce: _____ (NO se cubre la Cirugía Estética y/o Plástica)

Tiempo ejerciendo la profesión: _____

Odontología: Realiza implantes? Si No Realiza ortodoncia? Si No

Obstetricia: Realiza fecundación invitro(FIV)? Si No

Tiene actualmente seguro de RC Médica o ha tenido? Si Con qué Aseguradora? _____

Ha tenido siniestros en los ulti mos 5 años? Si No En caso afirmativo, detallar _____

Valor que desea contratar: RD\$1,000,000 RD\$3,000,000 RD\$5,000,000

Posee algun seguro de otro ramo vigente en COOPSEGUROS?

Si No En caso afirmativo especifique _____ vigencia: _____

Si el seguro aplica a Clínicas indicar: a) Tipo de Clínica b) Cantidad de Médicos y Especialidades

Principales Servicios y/o procedimientos que ofrece la clínica:

Autorizo a **Cooperativa Nacional de Seguros, Inc.** A investigar y/o suministrar a los centros de informacion crediticia toda la informacion relacionada con mi historial crediticio, asi como la derivada de la experiencia del manejo de mi credito con motivo de esta poliza.

Fecha ____/____/____
Dia Mes Año

Solicitante _____

Fecha efectividad: ____/____/____

Intermediario _____