

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. 8º, 9º, 10º, 47º, 51º y 61º 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 de Asegurado \_\_\_\_\_

Domicilio. Calle: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Población o Delegación \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Expedición  Cotización Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Vigencia solicitada: Desde 

Día	Mes	Año

 Hasta 

Día	Mes	Año

Suma Asegurada que solicita:  \$ 100,000.00 L.U.C.  \$ 250,000.00 L.U.C.  \$ 500,000.00 L.U.C.  Otra Cantidad \$ \_\_\_\_\_ 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  No

\*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:

Exclusivamente en su Consultorio(\*)  Proporciona servicios en otros establecimientos como Médico Externo (\*\*)

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".

Marque cuál(es) es(son) su(s) Especialidad(es):

Cirugía  Radiología  Cirugía Plástica o Estética con fines distintos a los anteriores (\*)

Ortopedia  Atención de Enfermedades Mentales  Otra (\*\*)

Ginecología  Odontología

Urología  Ortodoncia

Anestesiología  Cirugía Plástica o Estética con fines de Cirugía Reconstructiva Post-Traumática

Oftalmología  Cirugía Plástica o Estética con Cirugía Correctiva de Anormalidades Congénitas

(\*) Especifique \_\_\_\_\_

(\*\*) Descríbalos: \_\_\_\_\_

**Ejercicio Profesional bajo Relación de Trabajo**

Nombre de la Institución, Establecimiento, Empresa o Médico para los que presta sus servicios: \_\_\_\_\_

Ubicación del Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Describe puesto y labores que desempeña: \_\_\_\_\_

¿El puesto que desempeña implica labores de vigilancia o supervisión de otros médicos u otro personal médico?  Sí  No

## Aparatos de Rayos X u otros Aparatos

Marque el(los) Tipo(s) de Aparato(s) que posee o utiliza:

- Aparatos de Rayos X con fines de diagnóstico
- Aparatos de Rayos X que ocasionalmente se utilicen para fines terapéuticos
- Aparatos Generadores de Rayos por aceleración de partículas
- 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)
- Aparatos Generadores de Rayo Láser
- Otros (\*\*)

(\*) Especifique: \_\_\_\_\_

(\*\*) Descríbalos: \_\_\_\_\_

¿Posee y aplica a Pacientes Materias Radioactivas Naturales? (\*) Sí  No

¿Posee y aplica a Pacientes Materias radioactivas Artificiales? (\*) Sí  No

¿Posee y aplica a Pacientes otro tipo de Materias Radioactivas? (\*) Sí  No

(\*) En caso afirmativo, indique cuales: \_\_\_\_\_

¿Posee y aplica aparatos en los que esté incorporado un irradiador (isótopo), como la Bomba de Cobalto? Sí  No

## Otros Riesgos

¿Posee u opera Farmacias? Sí  No

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  No

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:

Cobertura Básica (Incisos 1.1 al 1.4)

Profesiones Veterinarias (Inciso 1.5)

Arrendatario

Sublímite Anual: \$ \_\_\_\_\_

Asumida (anexar contratos)

Primeros Auxilios en el Extranjero

Estacionamiento o Garage de Automóviles No. de Cajones \_\_\_\_\_

Sublímite Anual \$ \_\_\_\_\_ Sublímite por Unidad: \$ \_\_\_\_\_

Con Acomodadores

Sin Acomodadores

Cuenta con vigilancia

Es un local cerrado y bardeado

Existe control de las entradas y salidas de autos

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"/>	_____	_____

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones durante los últimos 5 años (incluyendo en el Extranjero):

<b>Daño Ocasionado</b>	<b>Causa</b>	<b>Monto</b>
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

**Nota: En algunos casos la Compañía puede requerir respuesta a preguntas adicionales.**

**Este Documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo 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.**

## Datos del Agente

Nombre	Clave	Tel. Agente
Lugar y Fecha	Firma del Solicitante	Firma del Agente