

Profesionales Individuales

*El presente formulario se emite, por parte del solicitante del seguro, bajo la forma de declaración jurada. El mismo será oportunamente agregado a la póliza que se emita y formará parte de la misma. Cualquier falseamiento y/u ocultación de la verdad será considerada reticencia en los términos de la Ley 17.418.-
Para que el presente formulario propuesta tenga valor, el mismo debe ser firmado y fechado.*

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Nombre
Dirección Localidad
Provincia C. P. Teléfono
Edad Tipo y N° Doc. Fecha Nacim.

DATOS PROFESIONALES

Matrícula N° Fecha de Matriculación
Especialidades ¿Es jefe de equipo? SI NO
¿Ha tenido reclamos o ha sido demandado por Responsabilidad Profesional? SI NO
¿Cuándo? ¿Porqué?
Estado Actual
¿Conoce Ud. alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? SI NO
Describalo detalladamente

DATOS del SEGURO SOLICITADO

Suma Asegurada Solicitada

Vigencia del Seguro desde: Hasta **Renovación automática los 01/09 de cada año**

Declaro que la información vertida en esta solicitud es completa, verídica y hecha de buena fe. Constituyen la condición de validez del Seguro, y forman parte integrante del mismo.

Fecha de de

Forma de Pago: marcar la opción de pago elegida:

Efectivo – Bapro – Visa – Visa Electrón

Correo Electrónico:

.....@.....

.....
Firma del Solicitante

Nota: El firmado de esta propuesta no obliga ni al solicitante ni al Asegurado en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.