



FICHA DE DATOS PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

NÚMERO COLEGIADO	FECHA NACIMIENTO	
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

SOLICITA A EFECTOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD: ALTA MODIFICACIÓN BAJA (**)

COBERTURA: BÁSICA (1.500.000€/Siniestro) AMPLIADA (3.000.000€/Siniestro)
 M.I.R. (1.500.000€/Siniestro)

ESPECIALIDAD MÉDICA:

TIPO DE EJERCICIO MÉDICO PÚBLICO Dedicación exclusiva Sanidad Pública
 PRIVADO Ejercicio Médico PRIVADO
 MIXTO Dedicación Sanidad Pública y Ejercicio Médico Privado

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS MÉDICAS

- EL SOLICITANTE DECLARA NO TENER DENUNCIAS EN VIGOR POR PRÁCTICAS MÉDICAS PREVIAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD O NO TENER CONOCIMIENTO DE ELLO.
- EL SOLICITANTE DECLARA TENER DENUNCIAS EN VIGOR POR PRÁCTICAS MÉDICAS PREVIAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD O SOSPECHA DE UNA POSIBLE DENUNCIA.
- EL SOLICITANTE DECLARA NO HABER RECIBIDO AGRESIONES DE PACIENTES PREVIAMENTE A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD.
- EL SOLICITANTE DECLARA HABER SUFRIDO AGRESIONES DE PACIENTES PREVIAMENTE A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD.

(*) Esta solicitud entrará en vigor a partir de la fecha del sello de registro.

(**) Caso de solicitar su baja antes de la finalización del trimestre, por acuerdo de Junta Directiva no se admitirán solicitudes de devolución

En Zaragoza, a de de 20

FIRMA DEL INTERESADO