



SERVICIO DE ASISTENCIA INTEGRAL
PROFESIONAL COOPERATIVA

BASE DE DATOS
VIGENCIA 1/10/2010 - 30/9/2011

Bulevar Artigas 1565/69
Código Postal 11.200
Tel.: 2401 4701 / int. 132, 147, 163
Fax: 2409 23 93
www.saip.org.uy
E-mail: saipadm@adinet.com.uy
Montevideo - Uruguay

Nº

DATOS PERSONALES

Nombres: _____

Apellidos: _____ C.I.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____ Departamento: _____

Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Socio de: SMU FEMI SAQ AOU Otros _____

Nº de Socio:

DATOS PROFESIONALES

2.1. Profesión: (Título obtenido) Fecha de graduación:

2.2. Especialidades (Título obtenido) Título: Año:

Título: Año:

Título: Año:

Título: Año:

2.3. Número de afiliado a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios:

2.4. Categoría de adhesión: Nº _____ Descripción _____

2.5. Instituciones en las que trabaja:

Sector Público	Sector Privado
Institución: _____ Cargo: _____	Institución: _____ Cargo: _____
Institución: _____ Cargo: _____	Institución: _____ Cargo: _____
Institución: _____ Cargo: _____	Institución: _____ Cargo: _____
Institución: _____ Cargo: _____	Institución: _____ Cargo: _____

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

3.1. ¿Tuvo usted cobertura previa?

NO Sí Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____

Institución: _____ Desde: _____ Hasta: _____

3.2. ¿Ha sido reclamado por Responsabilidad Profesional?

Penal: Sí NO Civil: Sí NO

Administrativo: Sí NO Laboral: Sí NO

Indique si tiene algún reclamo en trámite: Sí NO

Especificaciones sobre reclamo en trámite: _____

(Indique paciente, año del evento dañoso, tipo de reclamo, institución involucrada, estado actual del reclamo)

Quien suscribe **declara** haber contestado en forma completa y verídica las preguntas y datos en este formulario, sin ocultar ninguna información referida a su actuación profesional y **acepta** que los reclamos en trámite a la fecha de su adhesión a SAIP Cooperativa no tienen cobertura por el seguro otorgado por la misma.

Asimismo, **se compromete**, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19 de las Condiciones Generales de la Póliza 2010-2011, a informar a SAIP Cooperativa por escrito y en forma inmediata todo hecho o circunstancia que signifique alteración de cualquier naturaleza en su actividad profesional que implique una modificación del riesgo que pueda afectar en forma sustancial la cobertura brindada.

F I R M A

ACLARACIÓN DE FIRMA

ANTE LA OCURRENCIA DE UN ACTO O EVENTO DAÑOSO

Denuncia preventiva. El asegurado comunicará por escrito al Consejo Directivo de SAIP Cooperativa todo hecho o circunstancia que pueda derivar en un reclamo, indicando en la descripción todas las particularidades del evento, como ser:

- a. Lugar y tiempo en que ocurrieron los hechos.
- b. Nombre, edad, profesión u ocupación, estado civil y demás datos de la persona presuntamente damnificada o sus derechohabientes (cónyuge, hijos, padres, etcétera).
- c. Nombre y domicilio de cualquier testigo del evento.
- d. Naturaleza de las lesiones recibidas por el damnificado y posibles secuelas.
- e. Tratamiento médico realizado, insumos, instrumental y tecnologías empleados en el mismo.
- f. Indicio o presunción de que será citado en garantía por un reclamo realizado a su institución o establecimiento empleador.

La comunicación deberá realizarse dentro de los **30 días corridos** posteriores a los hechos acaecidos.

Son obligatorias, sin excepción, las denuncias preventivas que reporten eventos que hayan resultado en lesiones leves con disminución de capacidades funcionales, lesiones graves o fallecimiento de un paciente en un contexto en el que se presuma probable un reclamo por mala praxis.

Se consideran, entre otros, indicadores de un potencial reclamo:

- a. Error de diagnóstico y pronóstico.
- b. Lesiones leves con disminución de capacidades funcionales, lesiones graves o fallecimiento del paciente en procedimientos o intervenciones en el cual el resultado no concuerda con la expectativa general del paciente o familiares.
- c. Situaciones de urgencia en donde intervienen más de un profesional y la actuación de cada uno ante el paciente, los familiares y entre los colegas no se percibe como exitosa y donde las responsabilidades individuales no quedaron claramente establecidas.
- d. Mala relación médico-paciente.
- e. Mala relación médico-familiares del paciente.
- f. Mala relación médico-colegas en el equipo de trabajo.

El asegurado podrá ser recibido por el Consejo Directivo o el Consultorio de Responsabilidad Profesional o por quien haga sus veces según el régimen habitual de sesiones de los órganos referidos.

ACTITUD EN CASO DE SER CITADO O DEMANDADO

El asegurado que resultare citado, emplazado, intimado, conminado, conducido, notificado, demandado o codemandado o citado en garantía, por algún evento o acto dañoso comprendido durante la vigencia de esta póliza, deberá denunciar tales hechos ante el Consejo Directivo de SAIP Cooperativa o ante quien este determine, en el término de 5 días hábiles perentorios e improrrogables, a contar del siguiente a la recepción de la citación, emplazamiento, intimación, conminación, conducción, notificación o demanda. Se considerará fecha de notificación la que figure en el cedulón o citación judicial dirigidos al demandado o la de la citación en garantía por parte de la institución cuando esta fue la originariamente demandada. Cualquier adulteración de dicha fecha imputable al demandado provocará la caducidad de la presente póliza.

La denuncia y la noticia antes referidas deberán efectuarse ante la sede de SAIP Cooperativa, dentro del plazo referido, vencido el cual el asegurado perderá el derecho a las prestaciones respectivas, salvo en lo que refiere a la asistencia jurídica, la que podrá ser autorizada por el Consejo Directivo.

La denuncia deberá ser acompañada de un relato por escrito (versión impresa o archivo enviado por correo electrónico), detallando la actuación profesional del involucrado considerando, al menos, los literales a), b), c), d) y e) detallados en la denuncia preventiva, y de copia de la Historia Clínica completa del paciente, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 17 de las Condiciones Generales de la Póliza.

En los casos previstos en el primer párrafo, el asegurado debe agendar una entrevista con el Consejo Directivo o con el Consultorio de Responsabilidad Profesional o por quien haga sus veces según el régimen habitual de sesiones de los órganos referidos.

La inobservancia por parte del asegurado de cualquiera de las obligaciones previstas, determinará la pérdida de los derechos a las prestaciones otorgadas por la Cooperativa, salvo las excepciones establecidas por resolución fundada del Consejo Directivo Honorario por unanimidad de sus integrantes.

CONSULTAS

Sede: Bulevar Artigas 1565/69 - Montevideo

Atención al público: lunes a viernes de 10 a 18 horas.

Teléfono: 2401 4701 internos 132, 147 y 163. Fax: 2409 2393

E-mail: saipadm@adinet.com.uy

EMERGENCIA: 094 606 077

SITIO WEB: www.saip.org.uy

Apoyan este Servicio:

