



SERVICIO DE ASISTENCIA INTEGRAL  
PROFESIONAL COOPERATIVA

**BASE DE DATOS**  
VIGENCIA 1/10/2008 - 30/9/2009

Bulevar Artigas 1515-21  
Código Postal 11.200  
Tel.: 401 47 01 / int. 132, 147, 163  
Fax: 4 0 9 2 3 9 3  
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:

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:

<i>Sector Público</i>	<i>Sector Privado</i>
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 proceso en trámite: Sí  NO

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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. Asimismo, **se compromete**, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19 de las Condiciones Generales de la Póliza 2008-2009, 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:

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

## 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 tres 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 dirigida 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.

En los casos de denuncia preventiva y ante citaciones, demandas u otra comunicación, el asegurado será recibido por el Consultorio de Responsabilidad Profesional o por quien haga sus veces.

### CONSULTAS

**Sede:** Bulevar Artigas 1515 - 21 - Montevideo  
Atención al público: lunes a viernes de 10 a 18 horas.  
Teléfono: 401 4701 internos 132, 147 y 163. Fax: 409 2393  
E-mail: [saipadm@adinet.com.uy](mailto:saipadm@adinet.com.uy)

### EMERGENCIA JURÍDICA

094 606 077

### SITIO WEB

[www.saip.org.uy](http://www.saip.org.uy)

Apoyan este Servicio:

