



SERVICIO DE ASISTENCIA INTEGRAL PROFESIONAL

## BASE DE DATOS COBERTURA 1/10/2007 - 30/9/2008

Bulevar Artigas 1515-21  
Código Postal 11.200  
Tel.: 401 47 01 / int. 132, 147, 163  
Fax: 409 23 93  
www.saip.org.uy  
E-mail: saipadm@adinet.com.uy  
Montevideo - Uruguay

Nº

### DATOS PERSONALES

Nombres: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ 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 al SAIP: 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: _____

### RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

#### 3.1. ¿Tuvo usted cobertura previa?

NO  SI  Institución: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

#### 3.2. ¿Ha sido demandado por Responsabilidad Profesional?

Penal: SI  NO  Civil: SI  NO  Indique si tiene algún juicio en proceso: SI  NO

Observaciones \_\_\_\_\_

#### 3.3 ¿Tiene conocimiento de algún evento que lo involucre directa o indirectamente y que pueda derivar en un reclamo por responsabilidad profesional?

SI  NO

#### Indicar tipo de evento:

- Citación a conciliación
- Demanda civil
- Demanda penal
- Sumario administrativo
- Citación en garantía
- Otros: \_\_\_\_\_

#### Otros datos relacionados:

- Fecha del evento \_\_\_\_\_
- Otros profesionales involucrados \_\_\_\_\_
- Instituciones involucradas \_\_\_\_\_
- Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Quien suscribe **declara** haber contestado en forma completa y verídica las preguntas e informaciones en este formulario, sin ocultar ninguna información referida a su actuación profesional, incluyendo los actos o procedimientos que eventualmente pudieran generar reclamos o denuncias relativas a Responsabilidad Profesional. Asimismo, **se compromete**, de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 del Reglamento del Servicio, a informar al SAIP por escrito 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 EVENTO DAÑOSO

### Denuncia preventiva

El beneficiario comunicará por escrito al SAIP o en entrevista con la Comisión Administradora del Servicio todo hecho o circunstancia que pueda derivar en un reclamo, dentro de los 30 (treinta) días de ocurrido, indicando, cuando corresponda, por escrito 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 derecho-habientes (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) Descripción del tratamiento médico realizado, así como de los insumos y aparatología empleados en el mismo. La información comunicada será confidencial (Art.21 Reglamento del SAIP).

### Actitud en caso de ser citado o demandado

El que resultare citado, emplazado, intimado, conducido, notificado, demandado, codemandado o citado en garantía, por algún evento comprendido en el presente servicio, deberá denunciar tales hechos ante la Comisión Administradora del SAIP o ante quien ésta determine, en el término de 3 (tres) días hábiles perentorios e improrrogables a contar del día 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 ésta fue la originariamente demandada. Cualquiera adulteración de dicha fecha imputable al demandado provocará la caducidad de la protección del SAIP establecida en el Reglamento.

La denuncia y la noticia antes referidas deberán efectuarse en la sede de la Comisión Administradora a cargo del SAIP, dentro del plazo antes referido, vencido el cual el beneficiario perderá el derecho a la cobertura respectiva, salvo en lo que refiere a la asistencia jurídica, la que podrá ser autorizada por la Comisión Administradora.

En los casos de denuncia preventiva y ante citaciones, demandas u otra comunicación, el afiliado será recibido por la Comisión Administradora del Servicio actuando ésta como Consultorio de Responsabilidad Profesional.

### CONSULTAS

**Sede del Servicio:** Bulevar Artigas 1515 – 21. Atención al público: lunes a viernes de 10 a 18 horas.  
Teléfono 401 4701 internos 132, 147 y 163. Fax 409 2393  
Correo electrónico saipadm@adinet.com.uy

En FEMI sita en Cufre 1781, Montevideo, o en la sede de cada Gremial Departamental o a través del representante de FEMI en el SAIP, Dr. Luis Cavalieri (lcavalieri@femi.com.uy)

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

