

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 ☐ FECOMI ☐ AOU ☐ Otros _____

Nº de Socio:

DATOS PROFESIONALES

2.1. Profesión: 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 ☐

Observaciones _____

3.3 ¿Tiene conocimiento de algún evento (citación, sumario administrativo, emplazamiento, intimación, conminación, conducción, notificación) que lo involucre directa o indirectamente y que pueda derivar en un reclamo por responsabilidad profesional?

SI ☐ NO ☐

Observaciones _____

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.

EXPRESS - 3000 x 2 - 09/06

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, salvo en lo que refiere a la asistencia jurídica, la que podrá ser autorizada por la Comisión Administradora.

Ante cualquier duda o consulta debe comunicarse al teléfono: 401 4701 int. 132, 147 y 163 de lunes a viernes de 10 a 18 horas o a través del correo electrónico: saipadm@adinet.com.uy

Sede: Bulevar Artigas 1515 - 21. Atención al público:
Lunes a viernes de 10 a 18 horas
Sitio web: www.saip.org.uy