

Nº

DATOS PERSONALES

Nombres: _____ Apellidos: _____ Sexo: M F

C.I.: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Dirección: _____ Departamento: _____

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

Socio de: FEMI SAQ AOU SMU AFU 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 categoría en SAIP: _____ Descripción: _____

2.4. Número de RUT: _____

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

2.6. Afiliado al Colegio Médico del Uruguay Sí NO

2.7. Instituciones en la que trabaja:

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

2.8. Ingresos nominales derivados de su actividad profesional del último año fiscal: \$ _____ U\$S _____

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 y/o evento dañoso que pueda derivar en un reclamo: _____

(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 y los eventuales reclamos por eventos dañosos ocurridos a la fecha de su adhesión a SAIP Cooperativa de Seguros no tienen cobertura por el seguro otorgado por la Cooperativa.
Se compromete también, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19 de las Condiciones Generales de la Póliza 2020-2021, a informar a SAIP Cooperativa de Seguros 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.
 Asimismo, **declara conocer y aceptar el Estatuto de la Cooperativa** y comprender que su ingreso como socio está condicionado a su aceptación por parte del Consejo Directivo. Si en un plazo de treinta (30) días no recibe el pronunciamiento en contrario por parte de la Cooperativa, su solicitud se entenderá aceptada.

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 de Seguros 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.

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

- a. Error de diagnóstico que modifique sustancialmente las condiciones terapéuticas y/o la evolución del paciente.
- b. Resultado inesperado.
- c. Lesión inesperada.
- d. Muerte inesperada.
- e. Ruptura flagrante de la relación profesional de la Salud – paciente y/o familiares.

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 de Seguros 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 póliza.

La denuncia y la noticia antes referidas deberán efectuarse ante la sede de SAIP Cooperativa de Seguros, 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 por unanimidad de sus integrantes.

CONSULTAS

Sede: Yaguarón 1407 - Oficina 1104

Edificio Torre de los Profesionales - Montevideo, Uruguay

Atención al público: Lunes a viernes de 10 a 18 horas, excepto feriados

Teléfono: 2901 2107

Sitio web: www.saip.org.uy

E-mail: saipadm@saip.org.uy

Emergencia: 094 606 077 (fuera de horario de oficina y feriados)

