



Grupo Mexicano
de Seguros, S. A. de C. V.
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

Pro Servicios Médicos*

*Marca registrada

Cuestionario para la cotización del
seguro de responsabilidad civil y de responsabilidad profesional
médicos cirujanos dentistas en sus especialidades.



Servicios para profesionistas médicos dentistas.



**Por favor conteste todas las preguntas.
Si requiere aclaraciones quedamos a sus órdenes.**

1. Nombre del solicitante:
2. Domicilio:
3. R. F. C.:
4. Vigencia solicitada:
5. Suma asegurada solicitada y moneda:
6. Número de cédula profesional:
7. Especifique: 7.1 Especialidad practicada
7.2 Practica cirugía maxilofacial: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Sitio (s) donde ejerce su profesión
9. Indique si ocupa inmueble(s) arrendados(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos): Domicilio y uso:
Sublímite de responsabilidad a asegurar:
Domicilio y uso:



Sublímite de responsabilidad a asegurar:

10. Indique la experiencia de reclamaciones y siniestros durante los últimos tres años (detalle los daños ocasionados, sus causas y los montos reclamados o pagados):

En caso necesario continúe en hoja adicional.

Nota: En algunos casos se puede requerir respuesta a preguntas adicionales.

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que se transcriben a continuación:

“Artículo 8. el proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

**Firma del solicitante
(nombre y puesto)**

Lugar y fecha: