SMG SEGUROS

NOTA DE NO SINIESTRALIDAD
SERVICIOS MÉDICOS

La presente declaración jurada será la base sobre la cual la Compañía evaluará la posibilidad de conceder cobertura retroactiva a la fecha inicial de cobertura.

Manifiesto por la presente a SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. que a partir del ___ /___ /_____ (fecha retroactiva de inicio de cobertura) no he recibido ningún reclamo extrajudicial o judicial ni tampoco he tomado conocimiento de circunstancias pasibles de futuros reclamos por Responsabilidad Civil Profesional por parte de pacientes o de terceros, a los que ya fueran notificados oportunamente. Sin desmedro de lo antedicho también declaro que no me he visto involucrado profesionalmente en los siguientes casos:

- Paro cardiorrespiratorio anestésico
- Muerte súbita
- Lesiones traumáticas del uréter o la vejiga durante operaciones abdominales y ginecológicas
- Infarto de miocardio asintomático o ignorado
- Cuadros de abdomen agudo médico que deriven en peritonitis
- Insuficiencia renal aguda en el post parto
- Toxemia, gestosis o eclampsia durante el embarazo
- Tétanos quirúrgico
- Aborto séptico
- Embarazo ectópico ignorado
- Feto muerto y retenido
- Muerte blanca en el recién nacido
- Perforación accidental del útero
- Hemorragia post parto
- Gangrena no presente al internarse
- Complicaciones postoperatorias: evisceración aguda, dehiscencia de una sutura intestinal
- Suicidio en internación

En caso de haberse visto involucrado en algunas de las situaciones que aquí se mencionan, por favor detállelas claramente y firme al pie, aclarando nombre y cargo societario y/o institucional _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Artículo 5 de la Ley de Seguros 17.418
Reticencia. Concepto. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiere sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato.

Datos del Asegurado

Firma: _____

Aclaración y cargo: _____

DNI/CUIT/CUIL: _____

GUARDAR IMPRIMIR BORRAR