

***Formulario para RC ADMINISTRADORES DE
CONSORCIO***

CALIFICACIÓN DE RIESGO

El presente formulario contiene información indispensable para la emisión del contrato de seguro de RC profesional.

Aclaración Tipo de cobertura

Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el acto profesional del que deriva la Responsabilidad del solicitante sea practicado durante la vigencia de la póliza, y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura.

En las condiciones particulares del frente de la póliza, el Asegurado podrá conocer el costo del Endoso de Extensión del Período de denuncias para mantener la cobertura indefinidamente para hechos ocurridos en el plazo de vigencia emitido.

PRODUCTOR / AGENTE: _____

Aplicación Nueva: _____ Renovación: _____ Póliza N°: _____

**SUMA ASEGURADA
SOLICITADA:** _____

Fecha de inicio de la cobertura que solicita: ____/____/____

I. DATOS PERSONALES

I. 1. Nombre y Apellido: _____

I. 2. Fecha de Nacimiento: _____

I. 3. Domicilio Particular: _____

Localidad: _____

Tel: _____

E-mail: _____

I. 4. Domicilio Profesional: _____

Tel. / Fax _____

I. 5. Matrícula Profesional N°: _____

I. 6. CUIT/CUIL: _____

I. 7. Indique su condición impositiva:

- Monotributo
- Responsable inscripto
- No categorizado
- Consumidor final

(por favor sírvase adjuntar la constancia correspondiente)

*Por favor, sírvase
completar la presente
propuesta con letra
de imprenta, firmándola y
colocando la fecha.
Las preguntas que le
realizamos son de
Vital importancia para
nuestro departamento
de suscripción, por lo
tanto la reticencia o
Falsas declaraciones
que induzcan a error
al asegurador harán
nulo el seguro. Esta
propuesta formará
parte de la póliza.*

II. ANTECEDENTES ACADÉMICOS

II. 1. TÍTULO: _____

Universidad: _____ Año: _____

III. DATOS GENERALES

III. 1. Nombre del profesional tomador de la póliza: _____

III. 2. Domicilio : _____
 Tel: _____
 E-mail: _____

III. 3. Fecha de constitución del Estudio o fecha de comienzo de la actividad: _____

III. 4. Nombre de Socios/Directores:

III. 5. Cantidad Total de empleados: _____

Administrativos:

Técnicos:

Otros (por favor detallar ocupación):.....

IV ACTIVIDAD LABORAL

IV. 1. Detallar sintéticamente la actividad profesional:

IV. 2. Responsabilidades:

Indicar facturación anual de la empresa de los últimos tres ejercicios:

Año:2010..... PESOS.....

Año:2011..... PESOS.....

Año:2012(estimada)..... PESOS.....

Valores y honorarios	Ejercicio contable anterior	Ejercicio contable actual	Estimado para el próximo Contable Ejercicio
ARGENTINA			
EXTERIOR			

IV. 3. Equipo de tareas efectuadas y calificación técnica requerida al personal para cada una de dichas tareas:

IV. 4. Efectúan tareas para empresas de servicios? En caso afirmativo, indicar a que Empresas y que tipo de tareas:

IV. 5. Actividades Adicionales

IV. 6. Cantidad de unidades y pisos
Indicar si tiene hasta 10 pisos, entre 10 y 20 pisos o mas de 20 y cantidad de unidades funcionales

Antigüedad: Indicar si tiene hasta 10 años, entre 10 y 20 años o mas de 20 años

Porcentaje de ocupación: Indicar si posee porcentaje ocupado mayor al 30%

7. Volumen de expensas que sumen la totalidad de las propiedades administradas

Hasta 1.000.000
De 1.000.000 hasta 3.000.000
De 3.000.000 hasta 5.000.000
Mas de 5.000.000

IV. COBERTURA

IV. 1. ¿Está usted asegurado actualmente?

No ()
Sí ()

Compañía de seguro (nombre): _____

IV. 2. Le ha sido denegado alguna vez un seguro similar o se le han sido aplicadas condiciones especiales?

SI () NO ()

V. HISTORIA SINIESTRAL

V.1 ¿Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales? ¿Se han presentado demandas por errores u omisiones en los últimos cinco años? detalle

SI () NO ()

En caso de responder afirmativamente, descríballo en hoja adicional y de manera detallada, señalando fecha del acto, lugar del hecho y descripción de lo acontecido:

VI. FORMA DE PAGO

VI. 1. Por la presente autorizo a SMG Compañía Argentina de Seguros S. A. a que los importes inherentes a los seguros contratados con esa Compañía sean facturados y debitados a través de mi tarjeta de crédito.

VISA () ARGENCARD/MASTERCARD () AMERICAN EXPRESS () DINERS ()

Número de tarjeta: _____

Vencimiento: _____

Cantidad de cuotas: Contado () 2 () 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () otra: ___ ()

VII. COMENTARIOS-ACLARACIONES

NOTA: La vigencia de la cobertura se inicia desde el momento en el cual esta propuesta es aceptada por SMG Compañía Argentina de Seguros S. A.

Aclaración Tipo de cobertura

Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el acto profesional del que deriva la Responsabilidad del solicitante sea practicado durante la vigencia de la póliza, y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del período de cobertura.

En las condiciones particulares del frente de la póliza, el Asegurado podrá conocer el costo del Endoso de Extensión del Período de denuncias para mantener la cobertura indefinidamente para hechos ocurridos en el plazo de vigencia emitido.

Firma y Aclaración

Sello

Fecha

Los datos personales consignados en la presente solicitud son necesarios para la aceptación de la propuesta, la emisión de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual. Tanto éstos, como los que se provean durante su relación con **SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.**, serán incorporados a la base de datos de **SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.** para su tratamiento automatizado, para ejercer los derechos y cumplir las obligaciones de esa compañía, para el envío de publicidad y ofertas sobre productos propios o de sus empresas controlantes, controladas o vinculadas, que conforman **Swiss Medical Group**, aun una vez extinguido el seguro. La suscripción de la propuesta importará autorizar a **SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.** a utilizar los datos personales de la manera descrita precedentemente. Por último, se deja constancia que el oferente tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos (artículos 6, 14, 16, 17 y concordantes, Ley 25.326).

FIRMA DEL ASEGURADO:
