



SOLICITUD DE SEGURO RC PROFESIONAL

Eventuales y Jubilados del IMSS.
Profesionistas Médicos y Odontólogos, de Enfermería, y todas las profesiones Auxiliares y
Técnicos de la Medicina.

Fecha de solicitud: ____/____/____
Día Mes Año

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Asegurado: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)
 Matrícula: _____ R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____
 Correo electrónico: _____
 Domicilio: _____
 Colonia: _____ Delegación o Municipio: _____
 C.P.: _____ Ciudad o Población: _____ Estado: _____
 Teléfono: _____ No. Cédula Profesional: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre y clave del centro del trabajo: _____
 Delegación No.: _____ Tipo de Contrato: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: (____) _____ Ext.: _____ Fax: (____) _____
 Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN PROFESIONAL

Especialidad en: _____ Practica Cirugía SI ____ NO ____
 Además de ejercer su profesión en el IMSS, ¿Desarrolla actividad profesional privada? SI ____ NO ____
 Se encuentra actualmente: 08 _____ Jubilado _____ Otro _____
 (Indicar)

*** Indique sí, con motivo de sus actividades profesionales desde el momento del pago del seguro o durante los últimos tres años, reclamaciones judiciales o extrajudiciales y sí, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros (detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos):** _____

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."

Seguro de responsabilidad civil y profesional de las profesiones médicas y profesiones Técnicas y Auxiliares de la Medicina.

Dirigido a:

- * Médicos eventuales (concepto 08), médicos jubilados y médicos con otro tipo de contrato, diferente al 02., y de otras profesiones de la salud.
- * Personal de la rama de Enfermería o profesiones auxiliares y técnicas de la medicina, tanto eventuales (concepto 08), jubilados y con otro tipo de concepto, diferente al 02.

En ambos casos: deberán contar con relación de trabajo con el Instituto Mexicano del Seguro Social, podrán contratar su cobertura realizando un pago único.

Para contratar este seguro, sólo llene esta solicitud, y anexe copias de: identificación oficial, credencial del trabajo, el último tarjetón de pago para hacer constar que es trabajador del IMSS; realizar su pago correspondiente y presentar comprobante del pago. Toda la documentación es necesaria para contratar el presente seguro y realizar el envío de manera electrónica a: imss08@gmx.com.mx y/o a la **Secretaría de Previsión Social** de su Sección Sindical.

Tabla de primas por vigencia.

Fecha de Pago	Inicio de vigencia	Prima / Médicos, Odontólogos.	Prima / Enfermería y otros técnicos y auxiliares.
15 al 31 de octubre 2015	15 de Octubre de 2015	\$ 830.80	\$ 472.80
1 al 15 de noviembre 2015	1 de Noviembre de 2015	\$ 804.88	\$ 461.80
16 al 30 de noviembre 2015	15 de Noviembre de 2015	\$ 778.97	\$ 450.80
1 al 15 de diciembre 2015	1 de Diciembre de 2015	\$ 753.05	\$ 439.80
16 al 31 de diciembre 2015	15 de Diciembre de 2015	\$ 727.13	\$ 428.80
1 al 15 de enero 2016	1 de Enero de 2016	\$701.22	\$ 417.80
16 al 31 de enero 2016	15 de Enero de 2016	\$ 675.30	\$ 406.80
1 al 15 de febrero 2016	1 de Febrero de 2016	\$ 649.38	\$ 395.80
16 al 28 de febrero 2016	15 de Febrero de 2016	\$ 623.47	\$ 384.80
1 al 15 de marzo 2016	1 de Marzo de 2016	\$ 597.55	\$ 373.80
16 al 31 de marzo 2016	15 de Marzo de 2016	\$ 571.63	\$ 362.80
1 al 15 de abril 2016	1 de Abril de 2016	\$ 545.72	\$ 351.80
16 al 30 de abril 2016	15 de Abril de 2016	\$ 519.80	\$ 340.80
1 al 15 mayo 2016	1 de Mayo de 2016	\$ 493.88	\$ 329.80
16 al 31 de mayo 2016	15 de Mayo de 2016	\$ 467.97	\$ 318.80
1 al 15 de junio 2016	1 de Junio de 2016	\$ 442.05	\$ 307.80
16 al 30 de junio 2016	15 de Junio de 2016	\$ 416.13	\$ 296.80
1 al 15 de julio 2016	1 de Julio de 2016	\$ 390.22	\$ 285.80
16 al 31 de julio 2016	15 de Julio de 2016	\$ 364.30	\$ 274.80
1 al 15 de agosto 2016	1 de Agosto de 2016	\$ 338.38	\$ 263.80
16 al 31 de agosto 2016	15 de Agosto de 2016	\$ 312.47	\$ 252.80
1 al 15 de septiembre 2016	1 de Septiembre de 2016	\$ 286.55	\$ 241.80
16 al 30 de septiembre 2016	15 de Septiembre de 2016	\$260.63	\$ 230.80
1 al 15 de octubre 2016	15 de Octubre de 2016	\$ 234.72	\$ 219.80

El inicio de vigencia corresponderá conforme a la fecha de su contratación de acuerdo a lo indicado al desglose de fechas y primas de la tabla anterior, y el fin de vigencia para todos los casos es del 15 de octubre de 2016. Las primas anteriores incluyen I.V.A. Y son en moneda nacional. Recuerde si ya tiene reclamación o siniestro conocido usted o la Aseguradora, al momento de la contratación, NO ESTARÁ AMPARADO.

Cuenta y Clabe Bancaria.

A continuación se proporciona la cuenta y clabe bancaria para los pagos, los puede realizar directamente en ventanilla o por transferencia Electrónica.

BANCO	BANAMEX
Cuenta Individual	6502-1855892
Clabe Bancaria	002180650218558926

Beneficiario: Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.

Firma del Asegurado

Atención y servicio:

Asesor: Act. Nayeli Najera Alanis

Teléfono (0155) 55.75.13.11

Lada 800: 01.800.22.11.848.

En el D.F. y Área Metropolitana:

Teléfono y fax: (0155) 56.62.35.59

Lada 800: 01.800.832.47.59