



SOLICITUD DE POTENCIACIÓN DEL SEGURO RC PROFESIONAL

Base, Eventuales y Jubilados del IMSS.

Profesionistas Médicos, 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: _____ Práctica Cirugía SI _____ NO _____
 Además de ejercer su profesión en el IMSS, ¿Desarrolla actividad profesional privada? SI _____ NO _____
 Se encuentra actualmente: 08 _____ 02 _____ Jubilado _____ Otro _____
 (Indicar)

* **Indique si, con motivo de sus actividades profesionales, y/o si desde el momento del pago del seguro o durante los últimos tres años, tiene reclamaciones judiciales o extrajudiciales y si, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros (detalle la fecha, 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 trasciben 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.

I. Potenciación del 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 de base, Personal de la rama de Enfermería o profesiones auxiliares y técnicas de la medicina y el personal asignado a guarderías, que cuenten con su cobertura inicial que se identifica con el concepto de descuento 120, 121 y 113 respectivamente, o con su recibo de pago que realizaron directo en el banco.

Para todos los casos: deberán contar con relación de trabajo con el Instituto Mexicano del Seguro Social y podrán adquirir su cobertura realizando un pago único.

Para contratar la ampliación del 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 y cuenta con su concepto de descuento referente al "Seguro Médico" así como el comprobante de pago de la ampliación de la cobertura. Toda la documentación es necesaria para contratar el presente seguro y realizar el envío de manera electrónica a: imss08@gmx.com.mx

Tabla de primas por incremento de suma asegurada y por vigencia

Límite de responsabilidad	Profesionistas Médicos y Odontólogos			Profesionistas Auxiliares y Técnicos de la medicina		
	\$5,000,000	\$7,500,000	\$10,000,000	\$5,000,000	\$7,500,000	\$10,000,000
15 al 31 de octubre 2015	\$4,168.80	\$4,948.80	\$5,568.80	\$2,118.80	\$2,496.80	\$2,798.80
1 al 15 de noviembre 2015	\$4,002.13	\$4,749.63	\$5,343.80	\$2,037.55	\$2,399.80	\$2,689.22
16 al 30 de noviembre 2015	\$3,835.47	\$4,550.47	\$5,118.80	\$1,956.30	\$2,302.80	\$2,579.63
1 al 15 de diciembre 2015	\$3,668.80	\$4,351.30	\$4,893.80	\$1,875.05	\$2,205.80	\$2,470.05
16 al 31 de diciembre 2015	\$3,502.13	\$4,152.13	\$4,668.80	\$1,793.80	\$2,108.80	\$2,360.47
1 al 15 de enero 2016	\$3,335.47	\$3,952.97	\$4,443.80	\$1,712.55	\$2,011.80	\$2,250.88
16 al 31 de enero 2016	\$3,168.80	\$3,753.80	\$4,218.80	\$1,631.30	\$1,914.80	\$2,141.30
1 al 15 de febrero 2016	\$3,002.13	\$3,554.63	\$3,993.80	\$1,550.05	\$1,817.80	\$2,031.72
16 al 28 de febrero 2016	\$2,835.47	\$3,355.47	\$3,768.80	\$1,468.80	\$1,720.80	\$1,922.13
1 al 15 de marzo 2016	\$2,668.80	\$3,156.30	\$3,543.80	\$1,387.55	\$1,623.80	\$1,812.55
16 al 31 de marzo 2016	\$2,502.13	\$2,957.13	\$3,318.80	\$1,306.30	\$1,526.80	\$1,702.97
1 al 15 de abril 2016	\$2,335.47	\$2,757.97	\$3,093.80	\$1,225.05	\$1,429.80	\$1,593.38
16 al 30 de abril 2016	\$2,168.80	\$2,558.80	\$2,868.80	\$1,143.80	\$1,332.80	\$1,483.80
1 al 15 mayo 2016	\$2,002.13	\$2,359.63	\$2,643.80	\$1,062.55	\$1,235.80	\$1,374.22
16 al 31 de mayo 2016	\$1,835.47	\$2,160.47	\$2,418.80	\$981.30	\$1,138.80	\$1,264.63
1 al 15 de junio 2016	\$1,668.80	\$1,961.30	\$2,193.80	\$900.05	\$1,041.80	\$1,155.05
16 al 30 de junio 2016	\$1,502.13	\$1,762.13	\$1,968.80	\$818.80	\$944.80	\$1,045.47
1 al 15 de julio 2016	\$1,335.47	\$1,562.97	\$1,743.80	\$737.55	\$847.80	\$935.88
16 al 31 de julio 2016	\$1,168.80	\$1,363.80	\$1,518.80	\$656.30	\$750.80	\$826.30
1 al 15 de agosto 2016	\$1,002.13	\$1,164.63	\$1,293.80	\$575.05	\$653.80	\$716.72
16 al 31 de agosto 2016	\$835.47	\$965.47	\$1,068.80	\$493.80	\$556.80	\$607.13
1 al 15 de septiembre 2016	\$668.80	\$766.30	\$843.80	\$412.55	\$459.80	\$497.55
16 al 30 de septiembre 2016	\$502.13	\$567.13	\$618.80	\$331.30	\$362.80	\$387.97
1 al 15 de octubre 2016	\$335.47	\$367.97	\$393.80	\$250.05	\$265.80	\$278.38

El inicio de vigencia corresponde con el primer día del periodo en el que usted pagó, de acuerdo a lo indicado en el 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 que si ya tiene reclamación, amenaza de pacientes o sus familiares, citatorio o siniestro conocido usted o la Aseguradora, al momento de la contratación, NO ESTARÁ AMPARADO.**

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

BANCO	BANAMEX	Información de las coberturas, contratación y servicio: En el D.F. y Área Metropolitana: Teléfono y fax: 55.75.13.11 Lada 800: 01.800.2211.848
Cuenta Individual	6502-1855892	
Clabe Bancaria	002180650218558926	
Beneficiario:	Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.	

Firma del Asegurado

II. Potenciación del seguro de responsabilidad civil para la ampliación de la temporalidad de reclamos.

Esta cobertura está dirigida a los Asegurados que se jubilen o se separen del Instituto Mexicano del Seguro Social y actualmente tienen su cobertura vigente del SEGURO MÉDICO, ya sea por descuento por nómina o por haberla contratado o ampliado la Suma Asegurada por su cuenta, y esos trabajadores, Asegurados con GMX Seguros decidan contratar la ampliación al periodo extendido de reclamos.

El periodo extendido de reclamo significa que: se puede ampliar el periodo de los reclamos que hayan sucedido en la cadena de vigencias ininterrumpidas de su seguro debidamente pagado y vigente, y siempre y cuando el reclamo, se realice dentro **de los siguientes tres años** de la terminación de su cobertura (de la separación de su puesto) y no se haya tenido conocimiento previo a la instancia del reclamo y se haya reportado de inmediato a GMX Seguros al tener conocimiento del mismo.

Dirigido a:

Médicos de base (concepto 02), eventuales (concepto 08), médicos jubilados, Personal de la rama de Enfermería o profesiones auxiliares y técnicas de la medicina y el personal asignado a guarderías, todos ellos cuenten con su cobertura inicial que se identifica con el concepto de descuento 120, 121 y 113 respectivamente, o tengan en su poder el recibo de pago que realizaron directo en el banco, así como si realizaron los pagos del primer esquema de la hoja 2.

Para todos los casos: deberán contar con relación de trabajo con el Instituto Mexicano del Seguro Social y podrán adquirir su cobertura realizando un pago único, en el caso de que ya exista separación del puesto, sólo tienen los primeros 15 días naturales después de la separación del IMSS para solicitar este beneficio.

Para contratar la ampliación de la temporalidad de reclamos del 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 y cuenta con su concepto de descuento referente al "Seguro Médico" así como el comprobante de pago de la ampliación de la cobertura en caso de tenerla. Toda la documentación es necesaria para contratar la presente ampliación y realizar el envío a la dirección electrónica: imss08@gmx.com.mx

LIMITE DE RESPONSABILIDAD	PRIMA TOTAL ANUAL MÉDICOS Y ODONTOLOGOS	PRIMA TOTAL ANUAL AUXILIARES Y TÉCNICOS	Opción
\$4,000,000.00 M.N. (BÁSICA)	1. \$1,220.00	1. \$680.00	
\$5,000,000.00 M.N.	2. \$1,370.00	3. \$755.00	
\$7,500,000.00 M.N.	4. \$1,600.00	5. \$868.00	
\$10,000,000.00 M.N.	6. \$1,790.00	7. \$958.00	

El inicio de vigencia corresponde a partir del primer día del periodo en que se separó del puesto, Las primas incluyen I.V.A. y son en moneda nacional. **Recuerde que si ya tiene reclamación, amenaza de pacientes o de sus familiares, citatorio o siniestro conocido usted o la Aseguradora, al momento de la contratación, NO ESTARÁ AMPARADO.**

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

BANCO	BANAMEX	Información de las coberturas, contratación y servicio:
Cuenta	6502-1855892	En el D.F. y Área Metropolitana: Teléfono y fax: 55.75.13.11
Clabe Bancaria	002180650218558926	Lada 800: 01.800.2211.848
Beneficiario:	Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.	

Firma del Asegurado