



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 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."

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, Odontologos.	Prima / Enfermería y otros técnicos y auxiliares.
15 al 31 de octubre 2016	15 de Octubre de 2016	\$883.00	\$525.00
1 al 15 de noviembre 2016	1 de Noviembre de 2016	\$855.41	\$512.33
16 al 30 de noviembre 2016	15 de Noviembre de 2016	\$827.83	\$499.66
1 al 15 de diciembre 2016	1 de Diciembre de 2016	\$800.24	\$486.99
16 al 31 de diciembre 2016	15 de Diciembre de 2016	\$772.66	\$474.33
1 al 15 de enero 2017	1 de Enero de 2017	\$745.00	\$461.66
16 al 31 de enero 2017	15 de Enero de 2017	\$717.49	\$448.99
1 al 15 de febrero 2017	1 de Febrero de 2017	\$689.91	\$436.33
16 al 28 de febrero 2017	15 de Febrero de 2017	\$662.33	\$423.66
1 al 15 de marzo 2017	1 de Marzo de 2017	\$634.74	\$410.99
16 al 31 de marzo 2017	15 de Marzo de 2017	\$607.16	\$398.33
1 al 15 de abril 2017	1 de Abril de 2017	\$579.58	\$385.66
16 al 30 de abril 2017	15 de Abril de 2017	\$551.99	\$372.99
1 al 15 mayo 2017	1 de Mayo de 2017	\$564.41	\$360.33
16 al 31 de mayo 2017	15 de Mayo de 2017	\$496.83	\$347.66
1 al 15 de junio 2017	1 de Junio de 2017	\$469.24	\$334.99
16 al 30 de junio 2017	15 de Junio de 2017	\$441.66	\$322.33
1 al 15 de julio 2017	1 de Julio de 2017	\$414.08	\$309.66
16 al 31 de julio 2017	15 de Julio de 2017	\$386.49	\$296.99
1 al 15 de agosto 2017	1 de Agosto de 2017	\$358.91	\$284.33
16 al 31 de agosto 2017	15 de Agosto de 2017	\$331.33	\$271.66
1 al 15 de septiembre 2017	1 de Septiembre de 2017	\$303.74	\$258.99
16 al 30 de septiembre 2017	15 de Septiembre de 2017	\$276.16	\$246.33
1 al 15 de octubre 2017	15 de Octubre de 2017	\$248.58	\$233.66

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 2017. 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:

Teléfono (0155) 54.80.41.00

Lada 800: 01.800.718.89.46

En el D.F. y Área Metropolitana: