



QUESTIONÁRIO PARA SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

we[sure].
SEGUROS
INTEGRADOS

Após o preenchimento, escolha a opção "SALVAR COMO" em seu computador, escolha um nome para o formulário e envie como anexo para cotacao@wegroupseguros.com.br

Nome Completo do Segurado / Tomador:
CPF/ CNPJ:
RG (nº de registro, órgão, data de expedição):
ESTADO CIVIL:
Renda Mensal:
Atividade do Segurado:
Endereço do Segurado:

DADOS DO SEGURO

Tipo de Seguro NOVO RENOVAÇÃO

ESPECIALIDADES

DADOS DO RISCO

O Seguro será contratado com aplicação de Franquia?

HISTÓRICO DE SINISTROS

Alguma instituição restringiu, suspendeu, revogou ou limitou sua autorização para exercer a medicina ou algumas de suas especialidades?

Respondeu o proponente e/ou seus sócios a alguma demanda judicial por responsabilidade civil profissional?

O proponente tem conhecimento de alguma circunstância que poderia causar uma ação por responsabilidade civil profissional contra o proponente, seus sócios ou empregados?

VALOR DA COBERTURA

Lim. Max. Indenização - R\$

RC Profissional



QUESTIONÁRIO PARA SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DADOS PROFISSIONAIS

Endereço Profissional (loais onde exerce suas atividades profissionais):

Nº do Registro do Órgão de Classe:

Órgão Expedidor:

Data de expedição:

QUESTIONÁRIO

- 1) Na atividade e/ou especialidade praticada incluem-se procedimentos cirúrgicos e/ou invasivos? Caso afirmativo, esclarecer.
- 2) Associações profissionais a que pertence:
- 3) É o proponente proprietário, co-proprietário, sócio ou administrador de alguma instituição prestadora de serviços de saúde? Caso afirmativo, favor informar.
- 4) Para que instituição de saúde (Planos de autogestão / Plano de saúde / Seguro Saúde / Particular / Hospital Público / Outros) desenvolve suas atividades profissionais e qual o percentual dedicado em cada caso?

CARGOS OCUPADOS

Médico de Plantão []
Médico Observador []
Médico Residente []
Médico Assistente []
Chefe de Equipe []
Chefe da Especialidade []
Chefe da Seção Hospitalar []
Outros []

Local e data

Assinatura do Proponente