

**Seguro de Responsabilidade Civil Profissional
Médicos, Odontologistas e Auxiliares da Medicina
Proposta de Seguro Nº**

Dados Gerais

Proponente _____ Data de Nascimento _____

Endereço Residencial _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

Endereço de Correspondência _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

CPF: _____ RG: _____ e-mail: _____

Fones: _____ Estou propondo à Nobre Seguradora do Brasil S.A., com conhecimento e aceitação das Condições Gerais e Especiais insertas na presente e/ou nos anexos, e que servindo de base ao seguro proposto, fazem parte integrante da proposta, a realização do Seguro de Responsabilidade Civil Profissional, para o que presto as informações completas e verdadeiras.

Questionário para Análise do Seguro de Responsabilidade Civil

Faculdade na qual se formou: _____ Ano: _____

Inscrição Profissional

CRM S N nº _____ CRO S N nº _____ Outro CR S N nº _____ Ano: _____

Autoridade que a outorgou: **Conselho** _____

É Residente atualmente S N qual instituição: _____

(após a conclusão de sua residência, o proponente deverá encaminhar à Seguradora, imediatamente, as informações sobre sua habilitação)

Fez Residência S N qual Instituição: _____ Ano: _____

Especialidades S N qual (is): _____

Instituição (ões) que a(s) outorgou(aram): _____ Ano: _____

Você pertence a alguma Associação de Classe? S N Qual: _____

É sócio/proprietário ou dirige alguma das entidades: Hospital, Clínica, Banco de Sangue, Laboratório ou Plano de Saúde. S N

Qual: _____

1. Na Entidade onde você exerce sua atividade profissional: a relação é:

Empregatícia S N Por Contrato S N Por Credenciamento S N Outra S N

Na sua atividade profissional, qual é a especialidade principal: _____

Você realiza algum procedimento cirúrgico S N Qual: _____

2. Atualmente exerce sua atividade profissional como:

Médico Geral S N

Urologista S N

Cirurgião S N

Ortopedista S N

Cirurgião Plástico S N

Radiologista S N

Anestesista S N

Cirurgião Dentista S N

Ginecologista S N

outra, não especificada S N

Qual? _____

Seguros e/ou Reclamações Prévias

1. Já sofreu alguma pena restritiva de liberdade? S N
2. Já sofreu alguma pena administrativa aplicada por alguma autarquia, órgão, associação, organização ou conselho profissional? S N
3. Alguma vez, foi dependente químico ou se utilizou de substâncias químicas, que interferiram em sua condição e/ou capacidade do exercício profissional? S N
Em caso positivo, já participou de algum programa de reabilitação de dependentes químicos? S N
4. Já teve recusada proposta de seguro de responsabilidade civil profissional? S N
5. Emprega ou assume Tarefas de Supervisão sobre o Pessoal Médico? S N
No caso afirmativo, explique: _____
6. Você possui alguma doença que lhe impeça a efetiva prática profissional, ou ainda, que lhe provoque desmaios, convulsões, descontrole motor, tontura, perda de sentidos, etc, tais como: epilepsia, mal de Parkinson, etc? _____
7. Durante sua vida profissional já esteve ou de alguma forma está envolvido direta ou indiretamente em reclamações e/ou medidas judiciais, no âmbito da responsabilidade civil profissional? S N
8. Tem conhecimento de qualquer fato ou circunstância durante toda a sua vida profissional, onde seus atos possam resultar em reclamações e/ou medidas judiciais, no âmbito da responsabilidade civil profissional? S N

Por favor, a qualquer resposta positiva das questões 01 à 08, esclarecer em apartado.

Características do Seguro

Tipo de Contratação: Ocorrência Reclamação c/ Prazo

Importância Segurada: R\$ _____ Franquia R\$ _____

Sinistro Anterior S N Prêmio do Seguro R\$ _____ Início Vigência ____/____/____

Pagamento: mensal trimestral semestral anual

Declaro ter conhecimento de que a garantia deste seguro está condicionada à sua aceitação pela Seguradora e pagamento do prêmio através de rede bancária. Declaro também ter conhecimento das Condições Gerais, estando ciente dos direitos e obrigações referentes ao mesmo. Assumo integral responsabilidade pela exatidão das informações prestadas, mesmo as não escritas de próprio punho, autorizando a Seguradora a emitir a apólice/certificado, bem como autorizo expressamente a debitar os prêmios em minha conta corrente abaixo ou emitir carnê para cobrança dos prêmios relativos às parcelas vincendas deste seguro,

A cobertura deste seguro está condicionada à aceitação desta proposta no prazo de 15 dias, contado da data do protocolo eletrônico ou da sua entrega na Nobre Seguradora do Brasil S.A.

A cobrança será feita exclusivamente pela rede bancária. Não serão quitados valores pagos de forma diversa.

Cobrança dos Prêmios Mensais

Pagamento por cheque: S N

Para pagamento do 1º prêmio mensal R\$, desde que aprovada a presente proposta, estou entregando o cheque nº _____, contra o Banco nº _____, Agência nº _____, no valor de R\$ _____

ATENÇÃO: TODO E QUALQUER CHEQUE DEVE SER CRUZADO E NOMINADO À NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S.A. QUALQUER DÚVIDA FAVOR LIGAR PARA : 0800 163020

A assinatura desta Proposta não obriga o Solicitante ou a Seguradora a contratar este seguro.

Em nome e/ou por conta de: _____

Assinatura do profissional solicitante _____ Data: _____

Nome e Assinatura do Corretor _____ Código Susep _____

OBS : Para sua segurança, visar todas as vias desta Proposta.

Visto