

CUESTIONARIO DELIMITACION GEOGRAFICA SEGUROS R.C.P.

AMA Agrupació Mutual Asseguradora (pòliza 530001370)

Nombre asegurado/o:

Nº Colegiada: 08-

NIF:

1- País en el que se prestaría el servicio

2- Especialidad del solicitante

3- Obligatoriedad de disponer de una póliza de RC individual en el país en el que se prestará el servicio.

4- Nombre de la clínica u hospital en el que trabajará

5- Se trata de una clínica pública o privada

6- En el caso de que fuese pública es necesario saber si, en caso de negligencia médica, el gobierno del país se hace responsable.

7- Estaría el solicitante cubierto por la póliza de seguros de la clínica u hospital.

8- Periodo de tiempo en el que el solicitante realizará su trabajo en el país indicado.

9- Suma asegurada.

Lugar, fecha y firma
