

IMPORTANTE

A. Por favor, complete los datos solicitados en el formulario y adjunte toda información complementaria que se solicita. No olvide firmar y fechar al pie.
B. La información que se registre en el presente formulario reviste carácter de declaración jurada y formará parte de la póliza, por lo que cualquier omisión puede ser causal de nulidad por modificación de la calidad del riesgo. **C.** En caso que no exista espacio suficiente para alguna pregunta o aclaración sírvase utilizar el espacio indicado con ítem 7 o adjuntar una hoja firmada al pie.

1. DATOS GENERALES

RAZON SOCIAL

TIPO SOCIETARIO (S.A. - S.R.L. - ETC.)

FECHA CONSTITUCION

SOCIOS (DETALLAR)

1
2
3
4
5
6

SIEMPRE FUNCIONO CON LA MISMA RAZON SOCIAL? SI NO EN CASO NEGATIVO, DETALLAR OTRA/S:**ASEGURADO TOMADOR**

DOMICILIO FISCAL O PARTICULAR

LOCALIDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

ACTIVIDAD Y COBERTURA

UBICACION DEL RIESGO

LOCALIDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

SIEMPRE FUNCIONO EN EL MISMO DOMICILIO? SI NO EN CASO NEGATIVO, DETALLAR OTRO/S:POSEE OTRAS UBICACIONES? SI NO EN CASO NEGATIVO, DETALLAR OTRA/S:**HABILITACIONES / INSCRIPCIONES** (SÍRVASE ADJUNTAR FOTOCOPIA, DE SER POSIBLE REFRENDAADA POR TITULAR RESPONSABLE Y/O APODERADO LEGAL)

EXPTE. N°

AÑO

INSCRIPCION AFIP: IVA (RESP. INSCRIPTO - NO INSCRIPTO - EXENTO - OTRO)

CUIT N° (ADJUNTAR COPIA DE CUIT)

INGRESOS BRUTOS N°

DIRECTOR

TEL. DIRECTO

CELULAR

ADMINISTRADOR

TEL. DIRECTO

CELULAR

SECRETARIA/CONTACTO CON DIRECCION (LAS PERSONAS NOMINADAS EN EL APARTADO PRECEDENTE SERAN NUESTROS REFERENTES PARA TODA TRAMITACION REALIZADA CON LA INSTITUCION)

2. CARACTERISTICAS DE LA CONSTRUCCION

CANTIDAD DE PLANTAS, INCLUIDA P. BAJA

SUPERFICIE CUBIERTA

POSEE SALA DE GUARDIA PARA EL PERSONAL DE TURNOS? SI NOPOSEE AMBIENTE PARA ESTERILIZAR MATERIALES? SI NOPOSEE CENTRO DE COMUNICACIONES? SI NO

3. SERVICIOS QUE BRINDAN

INDICAR PORCENTAJE DE PRACTICA NORMAL, A LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS (EL PORCENTAJE DEBE SUMAR 100%)

DIAGNOSTICO (EXAMENES, RAYOS X, ETC)	<input type="text"/>	ORTODONCIA	<input type="text"/>
PROSTODONCIA (FIJA Y REMOVIBLE)	<input type="text"/>	TRATAMIENTO DE TMI/ATM	<input type="text"/>
ENDODONCIA	<input type="text"/>	IMPLANTES	<input type="text"/>
PERIODONCIA	<input type="text"/>	OTRAS PRACTICAS Y/O CIRUGIAS	<input type="text"/>

4. ESPECIALIDADES

(SIRVASE RESPONDER CANTIDAD POR CADA UNO)

CANTIDAD DE PROFESIONALES

5. TECNICOS

(SIRVASE RESPONDER CANTIDAD POR CADA UNO)

TECNICOS MECANICOS	<input type="text"/>	ANESTESIA	<input type="text"/>
RADIOLOGIA	<input type="text"/>	OTROS	<input type="text"/>
A. PATOLOGICA	<input type="text"/>		

6. EXPERIENCIA SINIESTRAL

(LA FALTA DE LLENADO POSPONDRA LA CONSIDERACION DE LA SOLICITUD)

INFORME LOS RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD CIVIL RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

A) AUTOS:
A) JUZGADO:
B) AUTOS:
B) JUZGADO:
C) AUTOS:
C) JUZGADO:
D) AUTOS:
D) JUZGADO:
OBSERVACIONES:

NOTA: SI EL ESPACIO ASIGNADO A ESTE APARTADO RESULTA ESCASO COMPLETAR EL INFORME POR HOJA SEPARADA CON FIRMA DEL RESPONSABLE.

7. ANTECEDENTES DE SEGUROS

(POR FAVOR, INDIQUE SI O NO)

¿HA TENIDO COBERTURA DE SEGUROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SI NO

(EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR: COMPAÑÍA ASEGURADORA, N° DE POLIZA/S, VIGENCIA Y SUMA ASEGURADA)

¿HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LA POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

8. COBERTURA SOLICITADA

POLIZA: NUEVA / RENOVACION (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

COBERTURA SOLICITADA:

\$1.000.000 \$1.500.000 \$2.000.000 OTRA:

EL QUE SUSCRIBE DECLARA POR EL PRESENTE QUE LAS AFIRMACIONES ANTERIORES Y DEMAS PARTICULARES ESTAN COMPLETAS EN TODOS LOS ASPECTOS Y SON VERDADEROS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NINGUNA INFORMACION. CUALQUIER OMISION, AUN HECHA DE BUENA FE, DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL SOLICITANTE Y POSTERIOR ASEGURADO, SERA CONSIDERADA RETICENCIA, EN LOS TERMINOS PREVISTOS EN LA LEY DE SEGUROS 17.418 (ART. 5 Y SUBSIGUIENTES) Y HARA NULO EL CONTRATO DE SEGURO.

POR CUENTA Y NOMBRE DE:
(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

LUGAR

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

FIRMA, ACLARACION Y SELLO

--