

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 item 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 (SIRVASE ADJUNTAR FOTOCOPIA, DE SER POSIBLE REFRENDADA 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 <input type="text"/>	ENTRADA EXCLUSIVA PARA AMBULANCIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SUPERFICIE CUBIERTA <input type="text"/>	PAREDES <input type="text"/>
TECHOS <input type="text"/>	PISOS <input type="text"/>	RAMPAS <input type="text"/>	CANTIDAD DE ASCENSORES <input type="text"/>
MONTACARGAS <input type="text"/>	CANTIDAD DE CALDERAS <input type="text"/>	CANTIDAD DE CARTELES <input type="text"/>	GENERADOR DE TENSION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3. ESPECIALIDADES CLINICAS

DESCRIBA EL PERSONAL PROFESIONAL HABILITADO PARA LA REALIZACION DE ANALISIS QUIMICOS, FISICOS, BIOLOGICOS O BACTERIOLOGICOS APLICADOS A LA MEDICINA, E INSCRIPTOS EN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA)

NOMBRE Y APELLIDO	TITULO HABILITANTE	MATRICULA	AÑO GRADUACION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. AUXILIARES Y/O TECNICOS

(DESCRIBA LA CANTIDAD DE PERSONAL AUXILIAR Y/O TECNICO HABILITADO PARA REALIZAR LAS TAREAS SECUNDARIAS DE LA INSTITUCION)

BIOQUIMICOS	<input type="text"/>	TECNICOS DE LABORATORIO	<input type="text"/>
TECNICOS EN HEMOTERAPIA	<input type="text"/>	ENFERMERAS PROFESIONALES	<input type="text"/>
QUIMICOS	<input type="text"/>	AUXILIARES DE ENFERMERIA	<input type="text"/>

5. SERVICIOS QUE SE BRINDAN

CANTIDAD DE EXTRACCIONES REALIZADAS POR AÑO CANTIDAD DE TRANSFUSIONES REALIZADAS POR AÑO

OBTENCION DE SANGRE DEL DADOR SI NO PREPARACION DE HEMODERIVADOS SI NO

CON QUE CAPACIDAD CUENTA LA INSTITUCION PARA EL ALMACENAMIENTO DE UNIDADES DE SANGRE? CUENTAN CON HELADERAS CON ALARMA DE PRESION Y TEMPERATURA PARA PLASMA FRESCO CONGELADO Y CRIOPRECIPITADOS? SI NO

CUENTAN CON HELADERAS CON ALARMA DE PRESIÓN Y TEMPERATURA PARA UNIDADES DE SANGRE? SI NO

QUE MEDIDAS DE SEGURIDAD SE TOMAN HABITUALMENTE EN EL SERVICIO?

QUE MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA EL SIDA SE TOMAN EN GENERAL?

EXISTE UN PROTOCOLO COMPLETO DE LOS ESTUDIOS EFECTUADOS AL MATERIAL HEMATICO A TRANSFUNDIR, EN EL QUE CONSTE EL NOMBRE DE L PACIENTE AL QUE ESTA DESTINADO Y LOS DATOS DEL DADOR? SI NO

DESCRIBA LAS NORMAS UTILIZADAS EN CASO DE NEGATIVA DEL PACIENTE A SER TRANSFUNDIDO:

POSEE NORMAS PARA PROCESAR Y ALMACENAR? SI NO DESCRIBA CUALES Y/O ADJUNTE COPIA:

CUENTA LA INSTITUCION CON REGISTROS DE DADORES? SI NO DESCRIBA EL SISTEMA:

CUENTA LA INSTITUCION CON REGISTROS DE RECEPTORES? SI NO DESCRIBA EL SISTEMA:

EL SERVICIO ES CONTRATADO POR OTRAS INSTITUCIONES? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR NOMBRE Y DIRECCION DEL PRESTADOR/ES?

EXISTE CONTRATO O CARTA DE ACUERDO ENTRE LA INSTITUCION Y LOS ESTABLECIMIENTOS QUE REQUIEREN DEL SERVICIO? SI NO

EN CASO DE NO CONTAR CON LA CANTIDAD DE UNIDADES DE SANGRE SOLICITADA, UTILIZAN SANGRE PROCESADA EN OTRO ESTABLECIMIENTO? SI NO NOMBRAR CUALES:

EN CASO AFIRMATIVO DEL PUNTO ANTERIOR, ES EXIGIDO PROTOCOLO FIRMADO POR PROFESIONAL QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE SE CUMPLEN CON TODAS LAS NORMAS? SI NO

TRATAMIENTO DE DESECHOS ORGANICOS Y/O INFECCIOSOS? SI NO INTERNO /EXTERNO > EMPRESA QUE BRINDA DICHO SERVICIO:

6. CONVENIOS CON OBRAS SOCIALES - MEDICINA PRE-PAGAS Y ART

DETALLE DE OBRAS SOCIALES, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA Y ART CON LAS QUE TIENE CONVENIO (INTERESAN LAS QUE SIGNIFICAN EL 70% DE LA FACTURACION, Y SUS PORCENTAJES)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

7. EXPERIENCIA SINIESTRAL

7.1 INFORME LOS JUICIOS POR RESPONSABILIDAD CIVIL RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

A) AUTOS:	<input type="text"/>	MOTIVO:	<input type="text"/>	MONTO:	<input type="text"/>
B) AUTOS:	<input type="text"/>	MOTIVO:	<input type="text"/>	MONTO:	<input type="text"/>
C) AUTOS:	<input type="text"/>	MOTIVO:	<input type="text"/>	MONTO:	<input type="text"/>
D) AUTOS:	<input type="text"/>	MOTIVO:	<input type="text"/>	MONTO:	<input type="text"/>
E) AUTOS:	<input type="text"/>	MOTIVO:	<input type="text"/>	MONTO:	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

DETALLAR EN INFORME FIRMADO POR ASESOR JURIDICO EL ESTADO DE LA CAUSA.

7.2 INFORME DE EVENTOS ADVERSOS CONOCIDOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.

8. ANTECEDENTES DE SEGUROS

(POR FAVOR, INDIQUE SI O NO)

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

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

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

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

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

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

9. 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

FIRMA, ACLARACION Y SELLO