

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)
 EXPEDIENTE 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 NO

POSEE AMBIENTE PARA ESTERILIZAR MATERIALES? SI NO

POSEE CENTRO DE COMUNICACIONES? SI NO

3. MOVILES

CANTIDAD DE MOVILES PROPIOS <input type="text"/>	COMUNES PROPIOS <input type="text"/>	UTI ADULTOS PROPIOS <input type="text"/>	UTI PEDIATRICOS PROPIOS <input type="text"/>
---	---	---	---

CANTIDAD DE MOVILES DE TERCEROS <input type="text"/>	COMUNES DE TERCEROS <input type="text"/>	UTI ADULTOS DE TERCEROS <input type="text"/>	UTI PEDIATRICOS DE TERCEROS <input type="text"/>
---	---	---	---

ANTIGÜEDAD DE LOS MOVILES PROPIOS Y/O DE TERCEROS (DETALLAR)

ADJUNTE UN DETALLE DEL EQUIPAMIENTO DE LOS MOVILES PROPIOS Y/O DE TERCEROS (COMUNES, UTI/UCO Y UTIP)

4. CANTIDAD DE ASOCIADOS

CANTIDAD DE CONSULTAS <input type="text"/>	CANTIDAD DE URGENCIAS <input type="text"/>	CANTIDAD DE EMERGENCIAS <input type="text"/>	CANT. CAPITAS ATENDIDAS POR AÑO <input type="text"/>
---	---	---	---

CONVENIOS CON OBRAS SOCIALES, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, EMPRESAS, ART Y/O AREA PROTEGIDA (DETALLAR LAS QUE REPRESENTAN EL 70% DE LA FACTURACION)

5. ESPECIALIDADES MEDICAS

ESPECIALIDADES CLINICAS
CANTIDAD POR CADA UNO

HEMATOLOGIA <input type="text"/>	NEFROLOGIA <input type="text"/>	NUTRICION <input type="text"/>	HEMODYNAMIA <input type="text"/>	NEUMONOLOGIA <input type="text"/>	NEUROLOGIA <input type="text"/>	ONCOLOGIA <input type="text"/>	PEDIATRIA <input type="text"/>
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

OTRAS

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS
CANTIDAD POR CADA UNO

CIRUGIA PLASTICA <input type="text"/>	UROLOGIA <input type="text"/>	NEUROCIRUGIA <input type="text"/>	PEDIATRIA <input type="text"/>	ONCOLOGIA <input type="text"/>	OTRAS <input type="text"/>
--	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

OTROS PROFESIONALES
CANTIDAD

BIOQUIMICOS <input type="text"/>	PSICOLOGOS <input type="text"/>	ASIST. SOCIALES <input type="text"/>	PSICOPEDAGOGOS <input type="text"/>	FONOAUDILOGOS <input type="text"/>	T.OCCUPACIONAL <input type="text"/>	DIETISTAS <input type="text"/>
OBSTETRICAS <input type="text"/>	INSTRUMENTADORAS <input type="text"/>	KINESIOLOGOS <input type="text"/>	FISIATRAS <input type="text"/>	ENFERMEROS <input type="text"/>		

TECNICOS
(CANTIDAD)

LABORATORIO <input type="text"/>	RADIOLOGIA <input type="text"/>	A.PATOLOGICA <input type="text"/>	HEMOTERAPIA <input type="text"/>	ANESTESIA <input type="text"/>	OTROS <input type="text"/>
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

6. DESPACHANTES

CANTIDAD

REGIMEN HORARIO

CANT. DE LINEAS TELEFONICAS

SISTEMA DE ENLACE

UHF: SI NOVIA RADIAL: SI NORADIOLLAMADO: SI NO

7. EXPERIENCIA SINIESTRAL

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

OBSERVACIONES

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

INFORME DE EVENTOS ADVERSOS CONOCIDOS DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

8. ANTECEDENTES DE SEGUROS

¿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)

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

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

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