

**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** (SIRVASE ADJUNTAR FOTOCOPIA, DE SER POSIBLE REFRENDADA POR TITULAR RESPONSABLE Y/O APODERADO LEGAL)

SALUD PUBLICA  CATEGORIA  EXPTE. N°  AÑO  INCUCAI N°  ESCOLO PARA ESTABLECIMIENTOS QUE POSEAN UNIDAD DE DIALISIS Y/O TRASPLANTE DE ORGANOS

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. CANTIDAD DE PRESTADORES**

(QUE INTEGRAN LA CARTILLA)

CLINICAS Y SANITARIOS

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

CENTRO DE IMAGENES, RX, ETC.

OTROS:  SE DEBERA ADJUNTAR LA CARTILLA DE PRESTADORES CORRESPONDIENTE



## 6. 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:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## 7. INDICAR

INGRESOS TOTALES DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

INDICES DE COBRANZA

PROYECCION DEL MONTO DE INGRESOS TOTALES DE LOS PRÓXIMOS 12 MESES

¿LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y CLÍNICAS INSCRIPTOS QUE PRESTAN SERVICIOS TIENEN COBERTURAS DE SEGUROS?, ¿COMO SE CONTROLA?, ¿QUE SEGUIMIENTO REALIZA?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

## 8. COBERTURA SOLICITADA - INFORMACION ADICIONAL Y/U OBSERVACIONES

POLIZA:  NUEVA  RENOVACION

ALTERNATIVAS DE SUMA ASEGURADA:  \$1.000.000  \$1.500.000  \$2.000.000  OTRA:

OTROS:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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

|  |
|--|
|  |
|--|