

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, no contendrá tachaduras y/o enmiendas y formará parte del contrato de seguro. **C.** En caso de no tener espacio suficiente para alguna pregunta o aclaración sírvase utilizar el espacio indicado con ítem 9 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 REFRENDADA POR TITULAR RESPONSABLE Y/O APODERADO LEGAL)

SALUD PUBLICA: CATEGORIA

EXPEDIENTE N°

AÑO

INCUCAI N° (SOLO PARA INSTITUCIONES 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. CARACTERISTICAS DE LA CONSTRUCCION

CANTIDAD DE PLANTAS, INCLUIDA P. BAJA

ENTRADA EXCLUSIVA P/AMBULANCIAS

 SI NO

SUPERFICIE CUBIERTA

PAREDES

TECHOS

PISOS

RAMPAS

CANT. ASCENSORES

CANT. MONTACARGAS

CANT. CALDERAS

CANT. CARTELES

GENERADORES DE TENSION

 SI NO

3. INFRAESTRUCTURA INSTALADA

INTERNACION

TIPOS DE INTERNACION (SIRVASE RESPONDER SI O NO Y ESPECIFICAR EN LOS CASOS QUE SE INDICA)

SI NO

GENERAL SI NO AGUDOS SI NO CRONICOS SI NO REHABILITACION SI NO PSIQUIATRICA SI NO

GERIATRICA SI NO TRASPLANTES SI NO CUALES? SOLO UNA ESPECIALIDAD SI NO CUAL?

DISTRIBUCION

N° CAMAS COMUNES

N° CAMAS UTI/UCO

N° CUNAS COMUNES

N° CUNAS UTI PEDIATRICA

N° INCUBADORAS

N° RESPIRADORES

PROMEDIO OCUPACION CAMAS ULTIMO AÑO

CONSULTORIOS EXTERNOS

SI NO

ESPECIALIDADES CLINICAS (CANT. POR CADA UNO)

CLINICA MEDICA

INFECTOLOGIA

CARDIOLOGIA

DERMATOLOGIA

GASTROENTEROLOGIA

HEMATOLOGIA

NEFROLOGIA

NUTRICION

UROLOGIA

NEUMONOLOGIA

NEUROLOGIA

NEONATOLOGIA

PEDIATRIA

ONCOLOGIA

PATOLOGIA

PSIQUIATRIA

MED. LABORAL

FISIATRIA

OTRAS

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS (CANT. POR CADA UNO)

GINECOLOGIA

OBSTETRICIA

CIRUGIA INFANTIL

CIRUGIA GENERAL

CIRUGIA CARDIACA

CIRUGIA VASCULAR

CIRUGIA PLASTICA

UROLOGIA

NEUROLOGIA

TRAUMATOLOGIA

PROCTOLOGIA

ORL

ANESTESIOLOGIA

HEMODINAMIA

OFTALMOLOGIA

OTRAS

AREA QUIRURGICA (CANT. POR CADA UNO)

QUIROFANOS

SALA DE PARTO

SALA RECUPERACION ANESTESIA

N° CAMAS

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO/TRATAMIENTO (SIRVASE RESPONDER SI O NO)

RADIOTERAPIA

ACELERADOR LINEAL

UNIDAD DE DIALISIS

CANT. SILLONES

SERV.HEMOTERAPIA

CIRUGIA VASCULAR

INDICAR DONDE Y QUIEN PROVEE LA SANGRE

RAYO LASER

TIPO

KINESIOLOGIA

N° DE GABINETES

GIMNASIO P/REHABILITACION

FERTILIZACION ASISTIDA

METODOS QUE SE REALIZAN

POSEE U OPERA FARMACIA

SI NO

SERVICIOS DE DIAGNOSTICO (SIRVASE RESPONDER SI O NO)

LAB.ANALISIS CLINICOS

LAB. ANATOMIA PATOLOGICA

SERV.RADIOLOGIA

TAC

RMN

MEDICINA NUCLEAR

OTROS

OTROS PROFESIONALES (CANTIDAD)

BIOQUIMICOS

PSICOLOGOS

ASIST. SOCIALES

PSICOPEDAGOGOS

FONOAUDILOGOS

T.OCCUPACIONAL

DIETISTAS

OBSTETRICAS

INSTRUMENTADORAS

KINESIOLOGOS

FISIATRAS

ENFERMEROS

TECNICOS (CANTIDAD)

LABORATORIO

RADIOLOGIA

A.PATOLOGICA

HEMOTERAPIA

ANESTESIA

OTROS

OTROS

4. MISCELANEAS

SIRVASE RESPONDER SI O NO

SE SUMINISTRA ALIMENTO A LOS INTERNADOS SI NO

SE SUMINISTRA ALIMENTO A LOS FAMILIARES SI NO

LOS ALIMENTOS SE ELABORAN EN EL ESTABLECIMIENTOS SI NO

EL SERVICIO DE COMIDA ES PROPIO O CONCESIONADO SI NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA INDICAR QUIEN ES EL CONCESIONARIO (EMPRESA, RESPONSABLE, HABILITACION, DOMICILIO, TELEFONO, ETC)

SERVICIO DE AMBULANCIAS PROPIO

CANTIDAD

CONTRATADAS

EMPRESA

TOTAL DE TRASLADOS MENSUALES

SE GUARDAN VEHICULOS A TITULO ONEROSO? SI NO

TIENE SERVICIO DE ELECTROMEDICINA? SI NO

INTERNO/EXTERNO

EMPRESA QUE BRINDA DICHO SERVICIO

PERIODICIDAD DE CONTROLES

TIENE COMITE DE INFECCIONES? SI NO

ELABORAN ACTAS? SI NO

EFFECTUAN CONTROLES BACTERIOLOGICOS PERIODICOS? SI NO

ESTAN PROTOCOLIZADOS? SI NO

TIENE MORGUE? SI NO

TRATAMIENTO DE RESIDUOS PATOLOGICOS? SI NO

INTERNO/EXTERNO

EMPRESA QUE BRINDA DICHO SERVICIO

FACTURACION MENSUAL DURANTE EL ULTIMO PERIODO

TASA DE COBRABILIDAD

CONVENIOS CON OBRAS SOCIALES, MEDICINAS PREPAGAS Y/O ART

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)

5. EXPERIENCIA SINIESTRAL

(LA FALTA DE LLENADO POSPONDRA LA CONSIDERACION DE LA SOLICITUD. SI EL ESPACIO ASIGNADO A ESTE APARTADO, RESULTARA ESCASO, COMPLETAR EN HOJA SEPARADA CON FIRMA DEL RESPONSABLE)

INFORME LOS JUICIOS EXISTENTES POR RESPONSABILIDAD CIVIL RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS INDICANDO EN CADA CASO: A) MONTOS; B) MOTIVO DE LA DEMANDA; C) MONTOS RECLAMADOS; D) INFORME SUCINTO DEL ESTADO DE LA CAUSA. ASIMISMO, INDICAR LOS INCIDENTES CONOCIDOS DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS QUE PUDIERAN GENERAR SITUACIONES DE RECLAMOS POR RESPONSABILIDAD.

6. DATOS ESTADISTICOS

LISTADO COMPUTADO EN EL QUE SE CONSIGNEN LOS SIGUIENTES DATOS ESTADISTICOS

CANT. CONSULTAS POR ESPECIALIDAD POR AÑO

PROGRAMADAS

DE URGENCIA

CANT. DE INTERNACIONES EN GENERAL POR ESPECIALIDAD

CLINICAS

QUIRURGICAS

OBSTETRICAS

PEDIATRICAS

UTI

UCO

NEONATOLOGICAS

CANT. DE INTERNACIONES EN PARTICULAR

QUIRURGICAS PROGRAMADAS

QUIRURGICAS DE URGENCIA

OBTERICAS:

TOTAL DE NACIMIENTOS

TOTAL NACIMIENTOS PARTO NORMAL

TOTAL NACIMIENTOS POR CESAREA

TASA MORTALIDAD MATERNA

TASA MORTALIDAD FETAL

INFECCIONES QUIRURGICAS

ACCIDENTES ANESTESICOS DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

% SUPERACION SIN SECUELAS

% SUPERACION CON SECUELAS. DETALLE TIPO Y GRADO DE SECUELAS

OBITOS

DETALLE DE EQUIPAMIENTO DE LAS TERAPIAS

7. 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:

8. COBERTURA SOLICITADA

POLIZA: NUEVA RENOVACION (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

COBERTURA SOLICITADA

- \$ 700.000
 \$ 1.000.000
 \$ 1.500.000
 \$ 2.000.000
 OTRA:

9. OBSERVACIONES Y/O AMPLIACION DE INFORMACION

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

ADDENDUM. CLINICAS

INFORMACION SOLICITADA PARA ENTREGAR AL INSPECTOR EN EL MOMENTO DE LA AUDITORIA DE RIESGO

A. FOTOCOPIAS DE HABILITACIONES: CLÍNICA, RADIOLÓGICA, MEDICINA NUCLEAR, HEMOTERAPIA, LABORATORIO.

B. LISTADO DE DOTACION DE PERSONAL: [FAVOR DE DETALLAR CANTIDAD DE PROFESIONALES Y ESPECIALIDAD]:

MÉDICOS, MÉDICOS RESIDENTES, OTROS PROFESIONALES.

PERSONAL TÉCNICO Y/O ENFERMEROS Y PERSONAL ESPECIALIZADO QUE PRESTEN SERVICIO EN LAS ÁREAS DE:

A] ESTERILIZACIÓN

B] HEMOTERAPIA

C] DIAGNÓSTICO POR IMAGENES

D] LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA E] KINESIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN

F] HEMODIÁLISIS

G] TERAPIA RADIANTE

H] MEDICINA NUCLEAR

C. SOBRE LOS SERVICIOS CONCESIONADOS:

DETALLE DE SERVICIOS CONCESIONADOS. TIPO DE SOCIEDAD. TITULARES DE LA SOCIEDAD. DETALLE DE COBERTURA DE SEGUROS DE CADA UNO DE ELLOS.

LISTADO DEL PERSONAL MÉDICO O DE OTROS PROFESIONALES O PERSONAL TÉCNICO Y/O ESPECIALIZADO DEL ÁREA ASISTENCIAL DEPENDIENTE DEL/LOS CONCESIONARIOS.