PRUDENCIA Seguros

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

EL PROPIETARIO ES FARMACEUTICO? ☐SI ☐NO

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 AFIRMATIVO, DETALLAR OTRA/S:

LA FARMACIA ES SERVICIO DE ALGUNA ENTIDAD ASISTENCIAL PUBLICA O PRIVADA? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR CUAL O CUALES:

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

PAREDES

TECHOS

PISOS

MONTACARGAS

CARTELES

GENERADOR DE TENSION: ☐SI ☐NO

SI FUNCIONA DENTRO DE UN CENTRO COMERCIAL, POR FAVOR DESCRIBIR:

3. ESPECIALIDADES

DESCRIBA EL PERSONAL PROFESIONAL FARMACEUTICO, TECNICO, AUXILIAR Y OTROS DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS CON TITULOS RECONOCIDOS, E INSCRIPTOS EN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:

NOMBRE Y APELLIDO	TITULO HABILITANTE	MATRICULA	AÑO DE GRADUACION

4. SERVICIOS QUE SE BRINDAN

SE PREPARAN EN LA FARMACIA RECETAS MAGISTRALES? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, EN QUE PROPORCION RESPECTO DEL RESTO DE LAS RECETAS?

SE APLICAN EN LA FARMACIA INYECCIONES INTRAMUSCULARES O ENDOVENOSAS? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, QUIEN LO HACE/PROFESION?

SE DISPENSAN EN LA FARMACIA PRODUCTOS COSMETICOS PREPARADOS EN EL LUGAR? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, QUIEN LO HACE/PROFESION?

SE DISPENSA ALLI MATERIAL ASEPTICO? ☐SI ☐NO

LLEVAN LIBRO RECETARIO? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FECHA DE LOS TRES ULTIMOS INGRESOS DOCUMENTADOS:

TIENE LA FARMACIA ALGUNA NORMA DE PROCEDIMIENTO EN CASO DE TENER QUE SUSTITUIR EL FARMACO PRESCRIPTO POR EL MEDICO TRATANTE? ☐SI ☐NO
EN CASO AFIRMATIVO, EXPLICAR:

TIENE LA FARMACIA ALGUNA NORMA DE PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO ENTENDER LA LETRA DEL MEDICO QUE REALIZO LA PRESCRIPCION DEL MEDICAMENTO EN LA ORDEN O RECETA QUE PRESENTA EL PACIENTE Y/O SU REPRESENTANTE? ☐SI ☐NO EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE:

5. CONVENIOS O CONTRATOS CON OBRAS SOCIALES, MEDICINA PRE-PAGA 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.

6. EXPERIENCIA SINIESTRAL

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

AUTOS	MOTIVO	MONTO

OBSERVACIONES

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

INFORME DE EVENTOS ADVERSOS CONOCIDOS DE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

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, Nº 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:

☐**$1.000.000** ☐**$1.500.000** ☐**$2.000.000** ☐ **OTRA:**

9. OBSERVACIONES Y/O AMPLIACION DE INFORMACION

DESCRIBIR OTRAS ACTIVIDADES Y/O SERVICIOS:

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

REV. 5