

**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	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

EL PROPIETARIO ES FARMACEUTICO?  SI  NOSIEMPRE 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:



## 6. EXPERIENCIA SINIESTRAL

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

AUTOS	MOTIVO	MONTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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, 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:

\$500.000  \$750.000  \$1.000.000  \$1.500.000  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