

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

SUPERFICIE CUBIERTA

PAREDES

TECHOS

PISOS

RAMPAS

CANT. ASCENSORES

CANT. MONTACARGAS

CANT. CALDERAS

CANT. CARTELES

GENERADORES DE TENSION

☐ SI ☐ NO

3. INFRAESTRUCTURA INSTALADA

	CANT. DE HABITACIONES	CANT. DE CAMAS
EN PLANTA BAJA		
EN PRIMER PISO		
EN SEGUNDO PISO		
OTROS		

CANT. CAMAS COMUNES		CANT. CAMAS ORTOPEDICAS	
---------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

TIPOS DE HABITACIONES: (DETALLAR CANTIDAD)

A) INDIVIDUAL		B) DOBLES		C) TRIPLES		D) PABELLONES		ESPECIFICAR N DE CAMAS	
---------------	----------------------	-----------	----------------------	------------	----------------------	---------------	----------------------	------------------------	----------------------

4. SERVICIOS QUE SE BRINDAN

CALIDAD DE PACIENTES: (ESPECIFICAR CANTIDAD)

AUTOVALIDOS		SEMIDEPENDIENTES		DEPENDIENTES	
GERIATRICOS		GERONTO-PSIQUIATRICOS		DEMENCIADOS	

ATENCION MEDICA DENTRO DE LA INSTITUCION:

1) CON MEDICO DE LA INSTITUCION:	
2) CON MEDICO DE LA OBRA SOCIAL:	
3) SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS:	
4) PERSONAL DE ENFERMERIA: CANTIDAD:	
5) ASISTENTES GERIATRICAS:	

TITULO:

5. MISCELANEAS

LOS ALIMENTOS SE ELABORAN EN EL ESTABLECIMIENTOS? ☐ SI ☐ NO

EL SERVICIO DE COMIDA ES PROPIO O CONCESIONADO?

CONVENIO CON OBRAS SOCIALES: DETALLAR

6. 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.

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. DATOS ESTADISTICOS

LISTADO EN EL QUE SE CONSIGNEN LOS SIGUIENTES DATOS ESTADISTICOS:

A) CANTIDAD DE PERSONAS INTERNADAS EN EL ULTIMO AÑO.

B) FACTURACION TOTAL DEL ULTIMO AÑO.

C) INDICE DE COBRABILIDAD.

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

ADDENDUM GERIATRICO

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

RECEPCION DE DOCUMENTACION COMPLEMENTARIA: (TILDAR LOS ITEMS QUE SE RECIBEN)

☐ MEDICOS

☐ ENFERMEROS

☐ AUXILIARES DE ENFERMERIA

☐ ASISTENTES GERIATRICOS

☐ OTROS PROFESIONALES