

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
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

RAMPAS CANT. ASCENSORES CANT. MONTACARGAS CANT. CALDERAS CANT. CARTELES GENERADORES DE TENSION SI NO

3. ESPECIALIDADES CLINICAS

DESCRIBA EL PERSONAL PROFESIONAL HABILITADO PARA LA REALIZACION DE ANALISIS CLINICOS, FISICOS, BIOLOGICOS, BACTERIOLOGICOS O ESTUDIOS GENETICOS APLICADOS A LA MEDICINA: (MEDICOS, DOCTORES EN MEDICINA, BIOQUIMICOS, FARMACEUTICOS 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. AUXILIARES Y/O TECNICOS

DESCRIBA LA CANTIDAD DE PERSONAL AUXILIAR Y/O TECNICO DE LABORATORIO HABILITADO PARA REALIZAR LAS TAREAS SECUNDARIAS DE LA INSTITUCION.

BIOQUIMICOS	<input type="text"/>	MEDICOS	<input type="text"/>	QUIMICOS	<input type="text"/>
LICENCIADOS	<input type="text"/>	TECNICOS DE LABORATORIO	<input type="text"/>	MICROBIOLOGOS	<input type="text"/>
TECNICOS EN CITOLOGIA	<input type="text"/>	LICENCIADAS EN ENFERMERIA	<input type="text"/>	ANATOMOPATOLOGOS	<input type="text"/>
ENFERMERAS PROFESIONALES	<input type="text"/>	TECNICOS EN RADIOLOGIA	<input type="text"/>	TECNICOS HISTOLOGICOS	<input type="text"/>
AUXILIARES DE ENFERMERIA	<input type="text"/>				

5. SERVICIOS QUE SE BRINDAN

CANTIDAD DE ANALISIS REALIZADOS POR AÑO

EXTRACCIONES A DOMICILIO	<input type="text"/>	METODOS INVASIVOS	<input type="text"/>	METODOS NO INVASIVOS	<input type="text"/>
ESTUDIOS GENETICOS	<input type="text"/>	EXTRACCIONES DE SANGRE	<input type="text"/>	DETERMINACIONES SEROLOGICAS	<input type="text"/>
HEPATITIS B	<input type="text"/>	DETERMINACIONES CONFIRMATORIAS	<input type="text"/>	HEPATITIS A	<input type="text"/>
HIV ELISA	<input type="text"/>	HEPATITIS C	<input type="text"/>	HEPATITIS DELTA	<input type="text"/>
HIV-1	<input type="text"/>	HIV WESTER BLOT	<input type="text"/>	HLA827	<input type="text"/>

TIENE LA INSTITUCION ALGUN SISTEMA DE EVALUACION DE CALIDAD? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR CUAL)

LA INSTITUCION REALIZA ESTUDIOS PARA DIAGNOSTICOS GENETICOS? SI NO

LA ORDEN MEDICA SE ARCHIVA? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR CUANTO TIEMPO)

QUIEN REALIZA LA INTERPRETACION DE DATOS ANALITICOS Y/O PRUEBAS FUNCIONALES Y/O DIAGNOSTICOS?

QUIEN LOS FIRMA?

LA ORDEN MEDICA SE ARCHIVA? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR CUANTO TIEMPO)

SE REALIZA TOMA DE MATERIAL EN LA INSTITUCION? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR QUE TOMA DE MATERIAL SE REALIZA)

SE RECIBEN MUESTRAS? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO DE DONDE PROVIENEN)

SE REALIZAN EXTRACCIONES A DOMICILIO? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO QUIEN LAS REALIZA)

ALGUNA TECNICA DIAGNOSTICA PUEDE PRODUCIR REACCIONES ALERGICAS EN LOS PACIENTES? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO INDICAR CUALES)

TRATAMIENTO DE DESECHOS ORGANICOS Y/O INFECCIOSOS? SI NO INTERNO / EXTERNO

EMPRESA QUE BRINDA DICHO SERVICIO

6. CONVENIOS O CONCESIONES CON OBRAS SOCIALES, MEDICINA PRE-PAGAS 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.
8.
9.
10.

7. EXPERIENCIA SINIESTRAL

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

AUTOS	JUZGADO
A.	
B.	
C.	
D.	

OBSERBACIONES

8. ANTECEDENTES DE SEGUROS

HA TENIDO COBERTURA DE SEGUROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO
(EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR CÍA ASEGURADORA, N DE POLIZA, VIGENCIA Y SUMA ASEGURADA)

A.
B.
C.

HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA CÍA DE SEGUROS LA POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL? SI NO
(EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR)

9. COBERTURA SOLICITADA

POLIZA: NUEVA RENOVACION (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

COBERTURA SOLICITADA

\$ 1.000.000

\$ 1.500.000

\$ 2.000.000

OTRA:

10. 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