

INSTRUCTIVO

A) POR FAVOR, COMPLETE LOS DATOS SOLICITADOS EN EL FORMULARIO Y ADJUNTE TODA LA INFORMACION COMPLEMENTARIA QUE SE SOLICITA. NO OLVIDE FIRMAR Y FECHAR AL PIE.
 B) LA INFORMACION QUE SE REGISTRE EN EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARACTER DE DECLARACION JURADA Y FORMA PARTE DE LA POLIZA, POR LO QUE CUALQUIER OMISION PUEDE SER CAUSAL DE NULIDAD POR MODIFICACION DE LA CALIDAD DEL RIESGO.
 C) EN CASO DE QUE NO EXISTA ESPACIO SUFICIENTE PAR ALGUNA PREGUNTA Y/O ACLARACION SIRVASE UTILIZAR EL ESPACIO INDICADO CON EL ITEM 7 O ADJUNTAR UNA HOJA FIRMADA AL PIE.

DATOS INSTITUCIONALES

RAZON SOCIAL

TIPO SOCIETARIO (SA - SRL - ETC.) FECHA CONSTITUCION

SOCIOS (DETALLAR)

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>
5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

SIEMPRE FUNCIONO CON LA MISMA RAZON SOCIAL? SI NO EN CASO NEGATIVO DETALLAR OTRA/S:

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>

DOMICILIO LOCALIDAD CODIGO POSTAL

TELEFONO CORREO ELECTRONICO

SIEMPRE FUNCIONO EN EL MISMO DOMICILIO? SI NO EN CASO NEGATIVO DETALLAR OTRO/S:

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------

POSEE OTRAS UBICACIONES? SI NO EN CASO NEGATIVO DETALLAR OTRA/S:

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>

SALUD PUBLICA CATEGORIA EXPEDIENTE AÑO

INSCRIPCION AFIP IVA (RESP. INSCRIPTO-EXENTO-OTRO. DETALLAR) CUIT INGRESOS BRUTOS N°

DIRECTOR Y/O DIRECTOR DE INVESTIGACION CLINICA ESPECIALIDAD AÑO DE GRADUACION CELULAR

ADMINISTRADOR ESPECIALIDAD AÑO DE GRADUACION CELULAR

LAS PERSONAS NOMINADAS SERAN NUESTROS REFERENTES PARA TODA TRAMITACION REALIZADA CON LA INSTITUCION.

SERVICIOS CONTRATADOS

INDIQUE LOS CENTROS DE INVESTIGACION A TRAVES DE LOS CUALES EL PROPONENTE DESARROLLA SUS ENSAYOS CLINICOS, INDICANDO NOMBRE Y APELLIDO DEL DIRECTOR MEDICO DE CADA UNO DE LOS CENTROS, INDICANDO DIRECCION, TELEFONO, FAX Y/O EMAIL.

NOMBRE DE LA INSTITUCION	DOMICILIO	TELEFONO - FAX - EMAIL	DIRECTOR MEDICO
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENSAYOS

CANTIDAD DE ENSAYOS CLINICOS ANUALES

TIPO DE ENSAYOS CLINICOS PARA LOS QUE SOLICITA COBERTURA (BREVE DESCRIPCION)

CANTIDAD DE FASES CON LAS QUE CUENTA EL ENSAYO CLINICO

TODOS LOS ENSAYOS TIENEN APROBACION DEL ANMAT?

TIEMPO DE DURACION DEL ENSAYO PARA EL QUE SOLICITA COBERTURA?

PROTOCOLOS

EL ASEGURADO DEBERA ADJUNTAR COPIA DE LOS PROTOCOLOS DE ENSAYOS CLINICOS PARA LOS QUE SOLICITA COBERTURA.

LOS PROTOCOLOS SON SOMETIDOS A UN COMITE DE ETICA? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, RESPONDER LO SIGUIENTE:

1. SE REALIZA REVISION DE LA DOCUMENTACION CLINICA? SI NO

2. SE DICTAN NORMAS PARA LOS ACTOS MEDICOS? SI NO

3. SE EVALUAN LAS HISTORIAS CLINICAS? SI NO

4. SE EVALUA EL TEXTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI NO

5. EL COMITE PERCIBE HONORARIOS POR EMITIR SU DICTAMEN? SI NO

6. INTEGRANTES DEL COMITE DE ETICA

BREVE DESCRIPCION DE COMO EL COMITE REALIZA ESTA TAREA

PACIENTES

1. TODOS LOS PACIENTES SON SEGUIDOS POR UN MEDICO? SI NO

2. LOS PACIENTES FIRMAN UN CONSENTIMIENTO INFORMADO? SI NO

3. EN CASO DE NEGATIVA A CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE, CUENTAN CON ALGUN CONSENTIMIENTO? SI NO

4. LOS PACIENTES QUE INGRESAN A UN ENSAYO SON TODOS SANOS O POSEEN ALGUNA ENFERMEDAD? (INDICAR EN QUE PORCENTAJE)

5. LOS PACIENTES PERCIBEN ALGUNA RETRIBUCION POR INGRESAR AL PROTOCOLO? (EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR IMPORTE)

6. LOS PACIENTES SON INFORMADOS ACERCA DE QUE EXISTE UNA COBERTURA DE INDEMNIZACION POR LOS DAÑOS QUE PUEDAN SUFRIR COMO CONSECUENCIA DE SU INGRESO A UN ENSAYO CLINICO?

SI NO

7. SE OTORGAN INSTRUCCIONES ESCRITAS A LOS PACIENTES? (EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTAR TEXTO DE INSTRUCCIONES ENTREGADOS PARA CADA ENSAYO CLINICO)

SI NO

PROFESIONALES

INDIQUE LOS MEDICOS EN RELACION DE DEPENDENCIA, DE STAFF, POR HONORARIOS Y CONTRATADOS POR EL PROPONENTE PARA ESTE TIPO DE ENSAYOS:

NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD MEDICA	RELACION CON LA INSTITUCION	COMPAÑIA DE SEGUROS

DETALLE LA CANTIDAD DE PERSONAL AUXILIAR Y/O TECNICO PARA ESTE TIPO DE ENSAYOS:

NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD	RELACION CON LA INSTITUCION	COMPAÑIA DE SEGUROS

PRACTICAS Y TRATAMIENTOS PARA LOS ENSAYOS

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CIRUGIA MAYOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CIRUGIA ESTETICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CIGUGIA MENOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ANESTESIOLOGIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
OTRAS ESPECIALIDADES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS DATOS

1. SE SUMINISTRA ALIMENTOS A LOS INTERNADOS? SI NO

2. EL SERVICIO DE COMIDAS ES PROPIO O CONCESIONADO? (EN CASO AFIRMATIVO INDICAR QUIEN ES EL CONCESIONARIO: EMPRESA, RESPONSABLE, HABITACION, DOMICILIO, TELEFONO, ETC.)

3. POSEE SERVICIO DE AMBULANCIAS? PROPIO: SI NO
CONTRATADAS: SI NO

NOMBRE DE LA EMPRESA INDIQUE LAS UNIDADES CON LAS QUE CUENTA

3. POSEE TRATAMIENTO DE RESIDUOS PATOLOGICOS? SI NO INTERNO / EXTERNO EMPRESA QUE BRINDA DICHO SERVICIO

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"/>

OBSERVACIONES

DETALLAR EN INFORME FIRMADO POR ASESOR JURIDICO EL ESTADO DE LA CAUSA.
INFORME DE EVENTOS ADVERSOS CONOCIDOS DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS.

ANTECEDENTES DE SEGUROS

HA TENIDO COBERTURA DE SEGUROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR: COMPAÑIAS ASEGURADORAS, N° DE POLIZAS, VIGENCIAS Y SUMAS ASEGURADAS

HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA COMPAÑIA DE SEGUROS LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR:

SUMA SOLICITADA

COBERTURA SOLICITADA:

\$1.000.000 \$1.500.000 \$2.000.000 OTRA:

OBSERVACIONES Y/O AMPLIACION DE INFORMACION

EL QUE SUSCRIBE DECLARA POR EL PRESENTE QUE LAS AFIRMACIONES ANTERIORES Y DEMÁS PARTICULARES ESTÁN COMPLETAS EN TODOS LOS ASPECTOS Y SON VERDADEROS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NINGUNA INFORMACIÓN. CUALQUIER OMISIÓN, AÚN HECHA DE BUENA FE, DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, SERÁ CONSIDERADA RETICENCIA, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LA LEY 17.418 [ART. 5 Y SUBSIGUIENTES] Y HARÁ NULO EL CONTRATO DE SEGURO.

POR CUENTA Y NOMBRE DE (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

LUGAR

FECHA

FIRMA, ACLARACION Y SELLO