

RENOVACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONES DE ANALISIS CLINICOS, QUIMICOS, FISICOS, BIOLOGICOS, BACTERIOLOGICOS Y ESTUDIOS GENETICOS.

RENUEVA POLIZA

DATOS GENERALES

RAZON SOCIAL	<input type="text"/>	CUIT	<input type="text"/>	INSCRIPCION AFIP	<input type="checkbox"/> RESP. INSC.	<input type="checkbox"/> MONOTRIBUTO	<input type="checkbox"/> OTRO
					<input type="checkbox"/> NO INSC.	<input type="checkbox"/> EXENTO	
UBICACION DEL RIESGO	<input type="text"/>			LOCALIDAD	<input type="text"/>		
CODIGO POSTAL	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
CUALES HAN SIDO LOS INGRESOS TOTALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES?							
<input type="text"/>							
SE HAN PRODUCIDO MODIFICACIONES EN LA TITULARIDAD ACCIONARIA?							
<input type="text"/>							
SE HAN INCORPORADO NUEVOS SERVICIOS Y/O PRACTICAS EN LA INSTITUCION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUALES EN HOJA ADJUNTA)							
SE HAN INCORPORADO NUEVOS PROFESIONALES Y/O TECNICOS A LA INSTITUCION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (EN CASO AFIRMATIVO, ADJUNTAR LISTADO ACTUALIZADO)							
INDIQUE LA CANTIDAD DE PRESTACIONES REALIZADAS EN EL ULTIMO AÑO							
<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"/>		
HA SIDO NOTIFICADA LA EMPRESA, EN EL ULTIMO AÑO, DE ESTAR DEMANDADA O CODEMANDADA POR ALGUN RECLAMO ORIGINADO EN LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA INSTITUCIONAL, O DE ALGUNO DE SUS MEDICOS EN RELACION DE DEPENDENCIA O POR HONORARIOS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI							
TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUN HECHO O INCIDENTE QUE PUDIERA DERIVAR EN FUTURAS ACCIONES LEGALES CONTRA LA INSTITUCION? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (EN CASO AFIRMATIVO, AMPLIAR LA INFORMACION EN NOTA ADJUNTA)							

SUMA ASEGURADA SOLICITADA

- \$ 700.000
- \$ 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)	<input type="text"/>		
LUGAR	FECHA	FIRMA, ACLARACION Y SELLO	
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	