

RENUEVA POLIZA

1. DATOS GENERALES

RAZON SOCIAL CUIT INSCRIPCION AFIP
 RESP. INSC. MONOTRIBUTO OTRO
 NO INSC. EXENTO

UBICACION DEL RIESGO LOCALIDAD

CODIGO POSTAL TELEFONO CORREO ELECTRONICO

2. CUALES HAN SIDO LOS INGRESOS TOTALES EN LOS ULTIMOS 12 MESES?

3. SE HAN PRODUCIDO MODIFICACIONES EN LA TITULARIDAD ACCIONARIA?

4. SE HAN INCORPORADO NUEVOS SERVICIOS (PROPIOS O TERCERIZADOS) Y/O PRACTICAS EN LA INSTITUCION? NO SI
(EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUALES EN HOJA ADJUNTA)

5. SE HA INCORPORADO NUEVA APARATOLOGIA (PROPIOS O TERCERIZADOS) A LA INSTITUCION? NO SI
(EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUALES EN HOJA ADJUNTA)

6. SE HAN INCORPORADO NUEVOS PROFESIONALES A LA INSTITUCION? NO SI
(EN CASO AFIRMATIVO, ADJUNTAR LISTADO ACTUALIZADO)

7. SE HAN PRODUCIDO O ESTAN PREVISTAS REFACCIONES, AMPLIACIONES Y/O MODIFICACIONES EDILICIAS EN LA INSTITUCION? NO SI
(EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR EN NOTA ADJUNTA)

8. TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUN HECHO O INCIDENTE QUE PUDIERA DERIVAR EN FUTURAS ACCIONES LEGALES CONTRA LA INSTITUCION, ALGUNO DE SUS MEDICOS EN RELACION DE DEPENDENCIA O POR HONORARIOS? NO SI

9. HA PREVISTO UNA RUTINA EN SU INSTITUCION, PARA UTILIZAR NUESTRO SERVICIO GRATUITO DE ATENCION MEDICO-LEGAL, DE 24HS? NO SI
(EN CASO AFIRMATIVO, EN CUALQUIERA DE LOS PUNTOS 8 Y 9, SIRVASE AMPLIAR LA INFORMACION)

10. 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)

LUGAR FECHA

FIRMA, ACLARACION Y SELLO