RENOVACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL **FARMACIAS**

PRUDENCIA Seguros

RENUEVA POLIZA

DATOS GENERALES

RAZON SOCIAL

CUIT

INSCRIPCION AFIP
☐ RESP.INSC. ☐ MONOTRIBUTO ☐ OTRO
☐ NO INSC. ☐ EXENTO

UBICACION DEL RIESGO

LOCALIDAD

CODIGO POSTAL

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

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

SE HAN PRODUCIDO MODIFICACIONES EN LA TITULARIDAD ACCIONARIA?

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

SE HAN INCORPORADO NUEVOS PROFESIONALES Y/O TECNICOS A LA INSTITUCION? ☐NO ☐SI
(EN CASO AFIRMATIVO, ADJUNTAR LISTADO ACTUALIZADO)

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? ☐NO ☐SI

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUN HECHO O INCIDENTE QUE PUDIERA DERIVAR EN FUTURAS ACCIONES LEGALES CONTRA LA INSTITUCION? ☐NO ☐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)

LUGAR

FECHA

FIRMA, ACLARACION Y SELLO

REV. 4