

RENOVACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA U ODONTOLÓGICAS, OBRAS SOCIALES, GERENCIADORAS

RENUEVA POLIZA

DATOS GENERALES

RAZON SOCIAL

CUIT

INSCRIPCION AFIP

☐ RESP. INSC.
☐ NO INSC.

☐ MONOTRIBUTO
☐ EXENTO

☐ OTRO

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?

INDIQUE LA CANTIDAD DE CAPITAS ASOCIADAS A LA FECHA

SE HAN INCORPORADO NUEVOS PRESTADORES A LA INSTITUCION? ☐ NO ☐ SI
(EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUALES EN HOJA ADJUNTA. PARA PROFESIONALES, INDICAR ESPECIALIDAD)

INDIQUE LA CANTIDAD DE ASOCIADOS ACTUALES, DESAGREGADOS POR
GRUPOS FAMILIARES INDIVIDUALES SISTEMA CERRADO

SISTEMA MIXTO

SISTEMA ABIERTO

HA SIDO NOTIFICADA LA EMPRESA, EN EL ULTIMO AÑO, DE ESTAR DEMANDADA O CODEMANDADA POR ALGUN RECLAMO ORIGINADO EN LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA INSTITUCIONAL, MEDICOS CONTRATADOS O SERVICIOS CONTRATADOS? ☐ NO ☐ SI

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

HA PREVISTO UNA RUTINA EN SU INSTITUCION, PARA UTILIZAR NUESTRO SERVICIO GRATUITO DE ATENCION MEDICO-LEGAL, DE 24HS? ☐ NO ☐ SI
(EN CASO AFIRMATIVO, SIRVASE AMPLIAR LA INFORMACION)

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