

SOLICITUD DE POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL DE CLINICAS

INSTRUCTIVO:

- a) Por favor, complete los datos solicitados en el formulario y adjunte toda información complementaria que se solicita. No olvide firmar y fechar al pie.
- b) La información que se registre en el presente formulario reviste carácter de declaración jurada, no contendrá tachaduras y/o enmiendas y formará parte del contrato de seguro.
- c) En caso de que no exista espacio suficiente para alguna pregunta y/o aclaración sírvase utilizar el espacio indicado con el ítem 9 ó adjuntar una hoja firmada al pie.

1- DATOS GENERALES

Razón Social: _____

Tipo societario [S.A.-S.R.L., etc.] _____ Fecha constitución ____/____/____

Socios [Detallar]: _____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

Siempre funcionó con la misma Razón Social? SI NO En caso negativo, detallar otra/s: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: [_____] _____ Fax: [_____] _____

¿Siempre funcionó en el mismo domicilio? SI NO En caso negativo, detallar otro/s: _____

¿Posee otras ubicaciones? SI NO En caso afirmativo, detallar otro/s: _____

Habilitaciones / Inscripciones [Sírvase adjuntar fotocopia, de ser posible refrendada por titular responsable y/o apoderado legal]

Salud Pública: categoría: _____ Expte. N _____ Año: _____

INCUCAI N [Solo para establecimientos que posean Unidad de Diálisis y/o Trasplante de Organos]: _____

Inscripción DGI: IVA: Resp. Inscripto - Resp. No Inscripto - Exento - Otro [Detallar]: _____

C.U.I.T. N [Adjuntar copia de CUIT] _____ INGRESOS BRUTOS N : _____

Director: _____ Tel. Directo: _____ Celular: _____

Administrador: _____ Tel. Directo: _____ Celular: _____

Secretaria / contacto con dirección: _____

[Las personas nominadas en el apartado precedente serán nuestros referentes para toda tramitación realizada con la Institución]

2- CARACTERISTICAS DE LA CONSTRUCCION

Cantidad de plantas, incluida P. Baja: _____ Entrada exclusiva p/ambulancias: SI NO _____
Superficie cubierta: _____ Paredes: _____ Techos: _____ Pisos: _____ Rampas: _____
Cantidad: Ascensores: _____ Montacargas: _____ Calderas: _____ Carteles: _____ Generadores de tensión: SI NO _____

3- INFRAESTRUCTURA INSTALADA

3.1-INTERNACION: SI NO

3.1.1-TIPO DE INTERNACION [Sírvese responder SI o NO y especificar en los casos que se indica]

General: SI NO Agudos: SI NO Crónicos: SI NO Rehabilitación: SI NO Psiquiátrica: SI NO Geriátrica: SI NO
Trasplantes: SI NO Cuáles?: _____ Solo una especialidad: SI NO Cuál?: _____

3.1.2-DISTRIBUCION

N Camas comunes: _____ N Camas UTI/UCO: _____ N Cunas comunes: _____ N Cunas UTI pediátrica: _____ N Incubadoras: _____ N Respiradores: _____

3.1.3-PROMEDIO OCUPACION CAMAS ULTIMO AÑO: _____

3.2-CONSULTORIO EXTERNOS: SI NO

3.2.1-ESPECIALIDADES CLINICAS [Sírvese responder cantidad por cada uno]

Clínica Médica: Infectología: Cardiología: Dermatología: Gastroenterología:
Hematología: Nefrología: Nutrición: Urología: Neumonología: Neurología:
Neonatología: Pediatría: Oncología: Patología: Psiquiatría: Med. Laboral:
Fisiatría: Otras: _____

3.2.2-ESPECIALIDADES QUIRURGICAS [Sírvese responder cantidad por cada uno]

Ginecología: Obstetricia: Cirugía Infantil: Cirugía Gral.: Cirugía Cardíaca: Cirugía Vascular:
Cirugía Plástica: Urología: Neurocirugía: Traumatología: Proctología: O.R.L.:
Anestesiología: Hemodinamia: Oftalmología: Otras: _____

3.2.3-AREA QUIRURGICA

Cantidad Quirófanos: Cantidad Sala Partos: Sala Recuperación Anestesia: N Camas:

3.2.4-SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO/TRATAMIENTO [Sírvese responder SI o NO]

Radioterapia: Acelerador Lineal: Unidad de Diálisis: Cantidad de sillones:

Servicio de Hemoterapia: Indicar de donde y quien provee la sangre: _____

Rayo Láser: Tipo: Kinesiología: N de Gabinetes: Gimnasio P/Rehabilitación:

Fertilización asistida: Métodos que se realizan: _____

Posee u Opera Farmacia: SI NO

3.2.5-SERVICIOS DE DIAGNOSTICO [Sírvese responder SI o NO]

Laboratorio Análisis Clínicos: Laboratorio Anatomía Patológica: Servicio de Radiología: T.A.C.:

R.M.N.: Medicina Nuclear: Otros: _____

3.3-OTROS PROFESIONALES: [Cantidad]

Bioquímicos: Psicólogos: Asist. Sociales: Psicopedagogos: Fonoaudiólogos: T. Ocupacional:

Dietistas: Obstétricas: Instrumentadoras: Kinesiólogos: Fisiátras: Enfermeros:

3.4-TECNICOS: [Cantidad]

Laboratorio: Radiología: A. Patológica: Hemoterapia: Anestesia:

Otros: _____

4- MISCELANEAS

[Sírvas responder SI o NO]

4.1-Se suministra alimentos a los internados: [] 4.2-Se suministra alimentos a los familiares: []
4.3-Los alimentos se elaboran en el Establecimiento: [] 4.4-El servicio de comida es propio o concesionado: _____
4.5-En caso de respuesta afirmativa indicar quién es el concesionario [Empresa, Responsable, Habilitación, Domicilio, Teléfono, etc.] _____

4.6-Servicio de Ambulancias: 4.6.a-Propio: [] Cantidad []
4.6.b-Contratadas: [] Empresa: _____ 4.6.c-N Total de Traslados Mensuales: []
4.7-¿Se guardan vehículos a título oneroso?: SI [] NO []
4.8-Tiene servicio de Electromedicina? SI [] NO [] INTERNO / EXTERNO Empresa que brinda dicho servicio: _____
Periodicidad de Controles:

4.9-Tiene Comité de Infecciones?: SI [] NO [] Elaboran Actas?: SI [] NO [] Efectúan controles bacteriológicos periódicos?: SI [] NO []
Están Protocolizados?: SI [] NO []

4.10-Tiene Morgue?: SI [] NO [] 4.11-Tratamiento Residuos Patológicos?: SI [] NO [] INTERNO / EXTERNO
Empresa que brinda dicho servicio:

4.12-Facturación Mensual durante el último período: _____ 4.13-Tasa de cobrabilidad: _____
4.14-Convenios con O. Sociales - Medicinas Prepagas y/o A.R.T.:

Detalle las Obras Sociales, Empresas de Medicina Prepagas y A.R.T. con las que tiene convenio: [Interesan las que significan el 70% de la facturación, y sus porcentajes]

1. _____ 2. _____ 3. _____
4. _____ 5. _____ 6. _____

5- EXPERIENCIA SINIESTRAL

[La falta de llenado pospondrá la consideración de la solicitud]

Informe los juicios existentes por Responsabilidad Civil recibidos en los últimos cinco años indicando en cada caso: a) Montos; b) Motivo de la demanda; c) Montos reclamados; d) Informe sucinto del estado de la causa. Asimismo, indicar los incidentes conocidos de los últimos cinco años que pudieran generar situaciones de reclamos por responsabilidad.

Nota: Si el espacio asignado a este apartado, resultara escaso, completar el informe por hoja separada con firma de un responsable

6- DATOS ESTADISTICOS

Listado computado y/o mecanografiado en el que se consignen los siguientes datos estadísticos:

6.1-Cantidad de consultas por especialidad por año Programadas De Urgencia

6.2-Cantidad de internaciones en general por especialidad: Clínicas Quirúrgicas Obstétricas Pediátricas
UTI UCO Neonatológicas

6.3-Cantidad de internaciones en particular:

6.3.1- Quirúrgicas: Programadas De Urgencia

6.3.2- Obstétricas: Total de nacimientos Total de nacimientos por parto normal Total de nacimientos por cesárea

Tasa de mortalidad Materna Tasa de mortalidad Fetal

6.4-Infecciones Quirúrgicas:

6.5-Accidentes anestésicos de los últimos 5 años:

6.5.1- % Superación sin secuelas 6.5.2- % Superación con secuelas/detalle de tipo y grado de secuelas 6.5.3 Obitos

6.6-Detalle de equipamiento de las terapias _____

7- ANTECEDENTES DE SEGUROS

2.1- ¿Ha tenido Cobertura de Seguros por Responsabilidad Civil en los últimos 5 años? SI NO

En caso afirmativo, detallar: Cía/s. Aseguradora/s, N de póliza/s, Vigencias y Suma asegurada.

a) _____

b) _____

c) _____

2.2- ¿Ha sido rehusada o cancelada por alguna Cía. de Seguros la póliza por Responsabilidad Civil? SI NO

En caso afirmativo, detallar:

8- COBERTURA SOLICITADA

Póliza: NUEVA / RENOVACION [Tachar lo que no corresponda] Cobertura solicitada: \$ 100.000.- \$ 200.000.- \$ 500.000.- Otra: [Detallar] _____

9- 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 solicitante y posterior asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley de Seguros 17.418 [art. 5 y subsiguientes] y hará nulo el contrato de seguro.

Por cuenta y nombre de [Nombre del Establecimiento]: _____

Lugar y Fecha: _____ Firma, Aclaración y Sello: _____

ADDENDUM. - CLINICAS

INFORMACION SOLICITADA PARA ENTREGAR AL INSPECTOR EN EL MOMENTO DE LA AUDITORIA DE RIESGO

A. FOTOCOPIAS DE HABILITACIONES: Clínica, Radiológica, Medicina Nuclear, Hemoterapia, Laboratorio.

B. LISTADO DE DOTACION DE PERSONAL: [Favor de detallar cantidad de profesionales y especialidad]:

Médicos, Médicos residentes, Otros profesionales.

Personal técnico y/o enfermeros y personal especializado que presten servicio en las áreas de:

a) Esterilización

b) Hemoterapia

c) Diagnóstico por imágenes

d) Laboratorio de anatomía patológica

e) Kinesioterapia y rehabilitación

f) Hemodiálisis

g) Terapia radiante

h) Medicina nuclear

C. SOBRE LOS SERVICIOS CONCESIONADOS:

Detalle de servicios concesionados. Tipo de Sociedad. Titulares de la Sociedad.

Detalle de cobertura de seguros de cada uno de ellos.

Listado del personal Médico o de otros Profesionales o personal Técnico y/o especializado del área asistencial dependiente del/los concesionarios.