

**FORMULARIO DE RENOVACION PARA POLIZAS POR RESPONSABILIDAD CIVIL  
DE CLINICAS CON Y SIN INTERNACION**

**1- DATOS GENERALES**

Razón Social: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ Condición ante AFIP: \_\_\_\_\_

Ubicación del Riesgo: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**2- Cuáles han sido los ingresos totales en los últimos 12 meses?** \_\_\_\_\_

**3- Se han producido modificaciones en la titularidad accionaria?** \_\_\_\_\_

**4- Se han incorporado nuevos servicios [propios o tercerizados] y/o prácticas en la institución?:** NO  SI

En caso afirmativo, indique cuáles en hoja adjunta.

**5- Se ha incorporado nueva aparatología [propios o tercerizados] a la Institución?** NO  SI

En caso afirmativo, indique cuáles en hoja adjunta.

**6- Se han incorporado nuevos profesionales en la institución?** NO  SI

En caso afirmativo, adjuntar listado actualizado.

**7- Se han producido o están previstas refacciones, ampliaciones y/o modificaciones edilicias en la Institución?**

En caso afirmativo, detallar en Nota Adjunta.

NO  SI

**8- Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales contra la Institución, alguno de sus médicos en relación de dependencia o por honorarios?**

NO  SI

**9- Ha previsto una rutina en su Institución, para utilizar nuestro servicio gratuito de atención medico - legal, de 24 horas?**

En caso afirmativo, en cualquiera de los puntos 8 y 9, sírvase ampliar la información.

NO  SI

**10- Suma Asegurada Solicitada:**

**El que suscribe declara por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y que no 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: \_\_\_\_\_