Digna SEGUROS

RESPONSABILIDAD CIVIL GERENCIADORA

IMPORTANTE

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 y formará parte de la póliza, por lo que cualquier omisión puede ser causal de nulidad por modificación de la calidad del riesgo. C. En caso que no exista espacio suficiente para alguna pregunta o aclaración sírvase utilizar el espacio indicado con ítem 7 o adjuntar una hoja firmada al pie.

DATOS GENERALES

Razón social | Tipo societario | Fecha constitución

Socios (detallar)

Siempre funciono con la misma razón social? Si ☐ No ☐ En caso negativo, detallar otra/s:

Asegurado tomador

Domicilio fiscal o particular | Localidad

Código postal | Teléfono | Correo electrónico

Actividad y cobertura

Código postal | Teléfono | Correo electrónico

Siempre funciono en el mismo domicilio? Si ☐ No ☐ En caso negativo, detallar otra/s:

Posee otras ubicaciones? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, detallar otra/s:

Habilitaciones / inscripciones (sírvase adjuntar fotocopia, de ser posible refrendada por titular responsable y/o apoderado legal)

Salud publica | Categoría | Expediente n° | Año

Incucai: (para establecimientos con unidad de diálisis y/o trasplante de órganos)

Cuit n° (adjuntar copia de cuit) | Ingresos brutos n°

Director | Tel. Directo | Celular

Administrador | Tel. Directo | Celular

Inscripción afip: iva (resp.inscripto - no inscripto - exento - otro)

Secretaria/contacto con dirección*

(las personas nominadas en el apartado precedente serán nuestros referentes para toda tramitación realizada con la institución)

Digna SEGUROS

RESPONSABILIDAD CIVIL GERENCIADORA

CANTIDAD DE PRESTADORES

Clínicas y sanatorios

Laboratorios de análisis clínicos

Centro de imágenes, rx, etc

Otros (se deberá adjuntar la cartilla de prestadores correspondiente)

CANTIDAD DE MÉDICOS DE ACUERDO A ESTAS CATEGORÍAS

La falta de llenado pospondrá la consideración de la solicitud.

A) Acupuntura, dietista, fisioterapia, homeopatía, kinesiología, psicología, psicopedagogía, paramedicos, enfermeros.

B) Alergia, anatomía patológica, bacteriología, bioquímica, citodiagnostico, dermatología, farmacología, genética, geriatría, hematología, inmunología, medicina legal, medicina preventiva, neurología, odontología, ortodoncia, rehabilitación, salud publica, medicina laboral, medicina rural.

C) Clínica medica, medicina interna, andrología, angeología clínica, cardiología, diabetología, endocrinología, infectología, ginecología (sin cirugía), hemoterapia, nefrología, radiología con practicas, neurología clínica, neumonología, psiquiatría, oftalmología clínica, oncología, osteología, otología, o.rl., urología sin cirugía.

D) Criocirugía, diagnostico por imágenes, radiología, endoscopia, ecografía, oncología, pediatría, radioterapia, terapia radiante, hemodialisis, traumatología sin cirugía, urología sin cirugía.

Se deberá adjuntar la cartilla de prestadores correspondientes.) especialidades con cirugía: maxilofacial, o.r.l., odontología.
Practicas de: neonatología, terapia intensiva, unidad coronaria, emergencias medicas.

F) Especialidades con cirugía: ortopedia y traumatología, cardíaca, cardiovascular, hemodinamia, estética, neurocirugía, obstetricia.
Practicas de: anestesiología.

Categoría a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐

Cantidad

Se deberá adjuntar la cartilla de prestadores correspondientes.

CANTIDAD DE ASOCIADOS

Grupos familiares

Individuales

Sistema cerrado

Sistema mixto

Sistema abierto

Cantidad de capistas

Digna SEGUROS

RESPONSABILIDAD CIVIL GERENCIADORA

EXPERIENCIA SINIESTRAL

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.

ANTECEDENTES DE SEGUROS

¿Ha tenido cobertura de seguros por responsabilidad civil profesional en los últimos 5 años? Si ☐ No ☐
(En caso afirmativo, detallar: compañía aseguradora, n° de póliza/s, vigencia y suma asegurada)

¿Ha sido rehusada o cancelada por alguna compañía de seguros la póliza por responsabilidad civil? Si ☐ No ☐
En caso afirmativo, detallar:

INDICAR

Ingresos totales en los últimos 12 meses

Indices de cobranza

Proyección del monto de ingresos totales de los próximos 12 meses

¿Los profesionales médicos y clínicas inscriptos que prestan servicios tienen coberturas de seguros?, ¿Como se controla? Que seguimiento se realiza?

COBERTURA SOLICITADA, INFORMACIÓN ADICIONAL Y/U OBSERVACIONES

Póliza: nueva / renovación (tachar lo que no corresponda) Cobertura solicitada:

Suma asegurada solicitada

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, aun hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el solicitante y posterior asegurado, sera 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

Fecha ☐☐ ☐☐ ☐☐

Firma, aclaración y sello