

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

### Datos del Productor

Código: \_\_\_\_\_ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Póliza:  Nuevo Negocio  Renovación Póliza N°: \_\_\_\_\_  
 Monto de cobertura que solicita: \_\_\_\_\_  
 Vigencia desde el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

### Datos de la Institución

El presente formulario contiene información indispensable para la emisión del contrato de seguro de RC Profesional. Por favor, complete la propuesta con letra de imprenta, firmándola y colocando fecha. Las preguntas que le realizamos son de vital importancia para nuestro Depto. de Suscripción, por lo tanto la reticencia o falsas declaraciones que induzcan a error al asegurador harán nulo el seguro. Esta propuesta formará parte de la póliza.

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de actividades: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_  
 Condición de IVA:  Consumidor final  Extento  Monotributo  Responsable Inscripto  
 Condición de IIBB:  No inscripto  Extento  Inscripto N°: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Persona:  Jurídica  Física  
 Habilitación: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_ Expediente N°: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Listado y dirección de los establecimientos subsidiarios para los que se requiere cobertura: \_\_\_\_\_

Razones sociales con las que operó la sociedad anteriormente: \_\_\_\_\_

Nombre del Director Médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Suma Asegurada Solicitada

Límite de Cobertura: \$ \_\_\_\_\_

### Información General

Por favor indique con una cruz la o las actividades que se practican en la Institución.

### Internación General

- Privado con Docencia  
 Privado sin Docencia

### Especialidades que Abarca

- Cáncer/Oncología  Traumatología y Ortopedia  Urología  Tuberculosis  Cirugía Estética y Reconstructiva  
 Enfermedades Infecciosas  Maternidad  Psiquiatría  Rehabilitación  Cardíaco  Niños  
 Oftalmología  Mujeres  Geriátrico  Obesidad  Otro: \_\_\_\_\_

### Estructura Edilicia

SUCURSAL	ANTIGUEDAD	METROS CUADRADOS CUBIERTOS	CANTIDAD DE PLANTAS (INCLUYE PB Y SUBSUELOS)	CANTIDAD DE SALIDAS DE CARTELES	CANTIDAD DE ASCENSORES O MONTACARGAS

Salidas de emergencia  Si  No  
 Pisos antideslizantes  Si  No  
 Acondicionadores y calderas  Si  No  
 Matafuegos  Si  No  
 Escaleras de emergencia  Si  No

Rociadores automáticos (sprinklers)  Si  No  
 Sistema de protección de circuitos eléctricos  Si  No  
 Servicio de vigilancia  Si  No  
 Detectores de humo  Si  No

¿Posee póliza D&O (Directores y Oficiales)?  Si. Monto: \_\_\_\_\_ Cía. Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 No.

**Indicadores/Estadística**

Cantidad Total de Directores/Gerentes: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de médicos: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de médicos en relación de dependencia: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de médicos autónomos o contratados: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total profesionales de la salud (otros): \_\_\_\_\_

**Ejercicio Profesional**

Facturación del último ejercicio: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de consultas médicas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de consultas ambulatorias: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de consultas ambulatorias por guardia (emergencia y demanda espontánea): \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de consultas ambulatorias programadas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de consultas domiciliarias (si brinda este servicio): \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de consultas a otros Profesionales de la Salud (kinesiólogos, enfermeros, otros): \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de estudios de laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de estudios de diagnóstico por imágenes: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total anual de cirugías: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de cirugías ambulatorias (excluye urgencias): \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de cirugías no ambulatorias (excluye urgencias): \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de cirugías de urgencia: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de partos naturales: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de cesáreas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de actos que implican anestesia general: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de transfusiones: \_\_\_\_\_  
 Cantidad anual de unidades de sangre que utiliza: \_\_\_\_\_

**Obstetricia**

¿Brinda Servicio de Obstetricia? \_\_\_\_\_

**Servicio de Emergencias**

¿Posee Servicio de Emergencias? \_\_\_\_\_

**Ambulancias**

Cantidad de unidades terrestres sin UTI Propias: \_\_\_\_\_ Rentadas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de unidades terrestres con UTI Propias: \_\_\_\_\_ Rentadas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de unidades aéreas sin UTI Propias: \_\_\_\_\_ Rentadas: \_\_\_\_\_

Cantidad de traslados de urgencia / emergencias anuales: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de traslados programados anuales sin UTI (terrestres/aéreos): \_\_\_\_\_  
 Cantidad de traslados programados anuales con UTI (terrestres/aéreos): \_\_\_\_\_

**Instalaciones**

Cantidad total de camas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas internación general: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas UTI: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas UCO: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas Neonatología: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas Maternidad: \_\_\_\_\_  
 Cantidad total de camas Otras: \_\_\_\_\_  
 Porcentaje de ocupación: % \_\_\_\_\_

### Cobertura de RC Profesional Actual

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_  
Período de Cobertura: \_\_\_\_\_  
Monto Asegurado: \$ \_\_\_\_\_  
Deducible: \$ \_\_\_\_\_

### Historia Siniestral

Anexar los reclamos por responsabilidad civil profesional y general recibidos en los últimos cinco años indicando:

- a) Fecha del acto médico
- b) Fecha en la cual se notificó el reclamo a la aseguradora.
- c) Descripción del hecho (siniestro).
- d) Lugar dónde se produjo el hecho.
- e) Estado actual: Reclamo no judicial, Mediación, Juicio, Terminado (indique fecha y monto) Si fuera reclamo judicial indique fecha y monto de la demanda inicial.
- f) Indique a quién/enes se le/s asigna responsabilidad: Médicos, Otro profesional de la salud, Institución que solicita el seguro, otra institución. Especialidades involucradas.

¿Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales contra la Institución?  Si  No

En caso de responder afirmativamente, descríballo en forma detallada, señalando fecha del acto médico, lugar del hecho, especialidades involucradas y descripción de lo acontecido: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Abogados o Estudio Jurídico Asesor

Especifique el nombre de la persona a contactar por nuestro Administrador de Riesgo Médico para realizar un análisis de campo en su institución.

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

### Documentación Médica (Historia Clínica)

¿Conserva el establecimiento un sistema de registro escrito de historias clínicas con la evolución médica completa de cada paciente, desde su ingreso a la Institución hasta su derivación, óbito o alta definitiva?  Si  No

¿Contiene la documentación médica antedicha la firma de los profesionales involucrados en los procedimientos y tratamientos?  Si  No

**Vigencia:** Esta propuesta será la base sobre la cual el Asegurador analizará el riesgo, por lo tanto, la misma no implicará otorgamiento de cobertura alguna.

**Tipo de cobertura:** Esta propuesta de seguro se basa en la condición de que el acto médico del que deriva la Responsabilidad del solicitante sea practicado durante la vigencia de la póliza, y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del periodo de cobertura. En las condiciones particulares del frente de la póliza, el Asegurado podrá conocer el costo del Endoso de Extensión del Período de denuncias para mantener la cobertura indefinidamente para hechos ocurridos en el plazo de vigencia emitido.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

\_\_\_\_\_  
Cargo