

_____ 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.

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

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: \$ _____

Centros Ambulatorios Especializados

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención Domiciliaria sin visitas médicas (Kinesiología, Enfermería, etc.) | <input type="checkbox"/> Medicina del Deporte |
| <input type="checkbox"/> Atención Domiciliaria con visitas médicas | <input type="checkbox"/> Medicina Laboral |
| <input type="checkbox"/> Atención Domiciliaria con alta complejidad (Respiradores, Bombas de Infusión, Monitores, etc.) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Radioterapia/ Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Odontológica |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Oftalmológico |
| <input type="checkbox"/> Centro Cosmético (Depilación, Láser, Luz Pulsada, etc.) | <input type="checkbox"/> Niños |
| <input type="checkbox"/> Centro de Salud de la Mujer (Patología ginecológica y mamaria) | <input type="checkbox"/> Policonsultorio |
| <input type="checkbox"/> Chequeos de Salud | <input type="checkbox"/> Prepagas/ Obra Social |
| <input type="checkbox"/> Cirugía General Ambulatoria | <input type="checkbox"/> Psicopedagogía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica y Reconstructiva | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Traumatología y Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Gerenciadora | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Urológica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Litotricia | |

Indicadores/Estadística

Cantidad Total de Directores/Gerentes: _____

Cantidad total de médicos: _____

Cantidad de médicos en relación de dependencia: _____

Cantidad de médicos autónomos o contratados: _____

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: _____

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): _____

Prepagas/Obra Social

Cantidad de cópitas: _____

Cantidad de Grupos Familiares: _____

Cantidad de Planes: _____

Cobertura de RC Profesional Actual

Compañía Aseguradora: _____

Período de Cobertura: _____

Monto Asegurado: \$ _____

Deducible: \$ _____

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

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?

Sí 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?

Sí No

¿Contiene la documentación médica antedicha la firma de los profesionales involucrados en los procedimientos y tratamientos?

Sí 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 período 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