

_____ 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	ANTIGÜEDAD	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.