


SOLICITUD DE POLIZA POR RESPONSABILIDAD CIVIL DE ESTABLECIMIENTOS GERIATRICOS

INSTRUCTIVO:

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

1- DATOS GENERALES

Razón Social: _____

Tipo Societario [S.A., S.R.L., etc.]: _____ Fecha constitución: _____

Socios [Detallar]: _____

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

¿Siempre funcionó con la misma razón social? SI NO En caso negativo detallar otra/s: _____

Domicilio: _____

Localidad/Provincia: _____ Cód. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

¿Siempre funcionó en el mismo domicilio? SI NO En caso afirmativo detallar otro/s: _____¿Posee otras ubicaciones? SI NO En caso afirmativo detallar: _____
HABILITACIONES / INSCRIPCIONES [Sírvase adjuntar fotocopia, de ser posible refrendada por titular responsable y/o apoderado legal]

Salud Pública: _____ Categoría _____ Expte. N : _____ Año: _____

Inscripción DGI: _____ IVA: Resp. Insc. Exento Otro [Detallar]: _____

CUIT N : _____ Ingresos Brutos N : _____

Director: _____ Tel. Directo: _____

Administrador: _____ Tel. Directo: _____

Secretaria / Contacto con dirección: _____

Las personas nominadas serán nuestros referentes para toda tramitación realizada con la Institución

2- CARACTERISTICAS DE LA CONSTRUCCION

Cantidad de plantas, incluida P. Baja: _____

Superficie cubierta: _____ Paredes: _____ Techos: _____ Pisos: _____ Rampas: _____

Cantidad: Ascensores: _____ Montacargas: _____ Calderas: _____ Carteles: _____ Generadores de tensión: SI NO

3- INFRAESTRUCTURA INSTALADA

	CANTIDAD DE HABITACIONES:	CANTIDAD DE CAMAS
1) En Planta Baja:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) En Primer Piso:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) En Segundo Piso:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) Otros:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N. Camas comunes: _____ N. Camas ortopédicas: _____

Tipos de habitaciones: [Detallar cantidad]

a) Individual: b) Dobles: c) Triples: d) Pabellones: [Especificar N. de camas]

4- SERVICIOS QUE SE BRINDAN

Calidad de paciente: [Especificar cantidad]

AUTOVALIDADOS: SEMIDPENDIENTES: DEPENDIENTES:

GERIATRICOS: GERONTO-PSIQUIATRICOS: DEMENCIADOS:

Atención médica dentro de la Institución:

1) Con Médico de la Institución:

2) Con Médico de la Obra Social:

3) Servicio de Emergencias Médicas:

4) Personal de Enfermería: Cantidad: Título: _____

5) Asistentes geriátricas:

5- MISCELANEAS

[Por favor, indique SI o NO]

5.1- ¿Los alimentos se elaboran en el establecimiento? _____

5.2- El servicio de comida es propio o concesionado: _____

5.3- Convenios con Obras Sociales: [Detallar] _____

8- DATOS ESTADISTICOS

Listado computado y/o mecanografiado en el que se consignen los siguientes datos estadísticos:

A) Cantidad de personas internadas en el último año.

B) Facturación total último año.

C) Índice de cobrabilidad.

9- COBERTURA SOLICITADA - INFORMACION COMPLEMENTARIA Y/U OBSERVACIONES

Póliza: NUEVA - RENOVACION [Tachar lo que corresponda]

Alternativas de suma asegurada: \$ 50.000.- \$ 100.000.- Otra [Especificar]: \$ _____

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, 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: _____

ADDENDUM. - GERIATRICO INFORMACION SOLICITADA PARA ENTREGAR AL INSPECTOR EN EL MOMENTO DE LA AUDITORIA DE RIESGO

Recepción de documentación complementaria: [tildar los ítems que se reciben]

MEDICOS

ENFERMEROS

AUXILIARES DE ENFERMERIA

ASISTENTES GERIATRICOS

OTROS PROFESIONALES