


**FORMULARIO DE RENOVACION PARA POLIZAS POR RESPONSABILIDAD CIVIL
DE CLINICAS CON Y SIN INTERNACION**
1- DATOS GENERALES

Razón Social: _____

C.U.I.T.: _____ Condición ante AFIP: _____

Ubicación del Riesgo: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

2- Cuáles han sido los ingresos totales en los últimos 12 meses? _____

3- Se han producido modificaciones en la titularidad accionaria? _____

4- Se han incorporado nuevos servicios [propios o tercerizados] y/o prácticas en la institución? NO SI

En caso afirmativo, indique cuáles en hoja adjunta.

5- Se ha incorporado nueva aparatología [propios o tercerizados] a la Institución? NO SI

En caso afirmativo, indique cuáles en hoja adjunta.

6- Se han incorporado nuevos profesionales en la institución? NO SI

En caso afirmativo, adjuntar listado actualizado.

7- Se han producido o están previstas refacciones, ampliaciones y/o modificaciones edilicias en la Institución? NO SI

En caso afirmativo, detallar en Nota Adjunta.

8- Tiene conocimiento de algún hecho o incidente que pudiera derivar en futuras acciones legales contra la Institución, alguno de sus médicos en relación de dependencia o por honorarios? NO SI

9- Ha previsto una rutina en su Institución, para utilizar nuestro servicio gratuito de atención medico - legal, de 24 horas?

En caso afirmativo, en cualquiera de los puntos 8 y 9, sírvase ampliar la información. NO SI 10- Suma Asegurada Solicitada:

El que suscribe declara por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y que no 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: _____