

Productor / Organizador:

Seguro de Responsabilidad Médica Formulario de Solicitud de Seguro

CLÍNICAS Y SANATORIOS

El presente formulario se emite, por parte del solicitante del seguro, bajo la forma de declaración jurada. El mismo será oportunamente agregado a la póliza que se emita y formará parte de la misma. Cualquier falseamiento y/u ocultación de la verdad será considerada reticencia en los términos de la Ley 17.418.-

Las preguntas deben ser respondidas en la forma más concreta posible agregándose todos los datos necesarios para brindar un adecuado panorama del giro profesional del solicitante del seguro. En caso de necesitar espacio adicional recurra a hojas suplementarias.-

Cualquier aclaración deberá ser solicitada al Asegurador, o a nuestros consultores, Estudio Dr. Aldo A. Álvarez (Te.: 4381-7007). Estos últimos, procederán a efectuar las inspecciones de rigor, para lo cual solicitamos vuestra mayor colaboración.

Para que el presente formulario propuesta tenga valor, el mismo debe ser firmado y fechado por un director o responsable de la Institución.

Datos de la Institución Solicitante:

Nombre completo del Establecimiento:

.....

Domicilio principal del Establecimiento:

Localidad: Provincia: CP: T.E.:

CUIT N°: E-mail:

1- Ha tenido la misma Institución otros nombres en el pasado: **SI** **NO**
¿Cuál/es?

2- Nombre del propietario u organización propietaria de la Institución:

.....

¿Desde que fecha es propietaria/titular?:

¿Fue titular de otras Instituciones médicas anteriormente? **SI** **NO**

¿Cuál?.....

3- ¿Se trata de un organismo sin fines de lucro o que eventualmente pudiere prestar servicios gratuitos a tenor de simple caridad? **SI** **NO**
¿Cuántos pacientes concurren gratuitamente por año?

Datos del Administrador y/o responsable de la Institución

Nombres (*):..... Apellidos (*):.....

Domicilio Real (*): Calle:.....

N°:..... Piso/Dpto.:..... Localidad:.....

C.P.:..... Provincia:..... Teléfono (*):.....

E-mail:..... Cuit / Cuil / Cdi (*):.....

Nacionalidad (*):..... Actividad específica (*):.....

4- Títulos profesionales (habilitantes):

5- Antigüedad en el cargo:

6- Experiencia previa en similares actividades: SI NO

<u>Institución</u>	<u>Dirección</u>	<u>Cargo</u>	<u>Tiempo de Serv.</u>
.....
.....
.....

Si interviene apoderado, curador o representante (*)

Nombres (*):

Apellidos (*):.....

Domicilio Real (*): Calle:.....

Nº:.....Piso/Dpto.:Localidad:.....

C.P.:.....Provincia:.....Teléfono (*):.....

E-mail:.....

Cuit / Cuil / Cdi (*):..... Ingresos Brutos:.....

Actividad específica (*):.....

(*) Importante:

Los datos solicitados en el presente formulario marcados por (*) son requeridos en forma obligatoria por la resolución 6/2005 de la Unidad de Información Financiera en cumplimiento de la Ley 25.246 sobre "Encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo".

Asimismo, cualquiera de estos datos pueden ser solicitados en caso de anulación de la operación con restitución de prima igual o superior a \$ 50.000.-, o en caso de pago al asegurado de indemnización por siniestro igual o superior a \$ 50.000.-

En caso de Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados será requerida la siguiente información:

- Identificación del cesionario o beneficiario.
- Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

Las siguientes situaciones pueden ser utilizadas como alertas que podrían obligar a nuestra Aseguradora a reportar la operación ante la Unidad de Información Financiera:

- Negación o reducción en el suministro de la información
- Entrega de información engañosa o difícil de verificar
- Operaciones sin justificación económica
- Determinación de desvíos, incongruencias, incoherencias o inconsistencias entre la transacción realizada y el perfil del cliente.

Antecedentes de la Institución

- 7- ¿Ha tenido algún asegurador con anterioridad? **SI NO**
- ¿Cuál ha sido el asegurador?
- Datos de la Póliza: Suma asegurada: Moneda: **US\$ \$**
- Monto:
- Número de Póliza:
- Franquicia (Monto):
- Vigencia:
- Vencimiento:
- ¿Por qué causa fue cancelada/ no renovada la cobertura?.....
-
- 8- ¿Ha sido rechazada en alguna oportunidad la solicitud de Cobertura por otro Asegurador?
-
- ¿Por cual y por qué razones?
-
- 9- ¿Se encuentra asegurado actualmente el establecimiento? **SI NO**
- ¿En caso afirmativo: Cuál es la Suma Asegurada? Moneda: **US\$ \$**
- Monto:
- ¿Cuál es el Asegurador?
- Franquicia:
- Vigencia:
- Vencimiento:
- 10- ¿Existen demandas por Responsabilidad Civil Médica contra el establecimiento? **SI NO**
- Cantidad de Demandas:
- ¿Se encuentran los hechos reclamados cubiertos por su Seguro actual? Describa por favor:
-
- ¿Existe alguna circunstancia que sea conocida por Ud. que pueda dar lugar a reclamos en contra del establecimiento o su personal? **SI NO**
- En caso afirmativo descríbala por favor adjuntar.**
- 11.- ¿Se ha realizado algún procedimiento de secuestro de documentación vinculada a la atención médica de algún paciente, en el establecimiento en los últimos 12 meses?
- SI NO**
- En caso afirmativo, ¿se relaciona con alguna causa en trámite? **SI NO**
- ¿Qué se secuestró?
- ¿Vinculado a qué paciente?
- 12- Posee el establecimiento un Estudio Jurídico especializado en el tema Praxis Médica, que atienda los reclamos por Responsabilidad Civil Médica? **SI NO**
- En caso afirmativo: Nombre y Dirección:.....
-
- Profesionales que lo integran:
-

- 13- Breve reseña de los juicios en trámite. Adjuntar sintéticamente.
- 14- Acompañe un informe detallado de los juicios en trámite firmado por el profesional que representa a la institución.

Información general sobre la Institución

- 15- Antigüedad del Inmueble: Cantidad de Plantas: Superficie:Mts2
- 16- ¿Existen otros Establecimientos satélites? **SI NO**
- Dirección:.....
 Dirección:.....
 Dirección:.....
 Dirección:.....
 Dirección:.....
- 17- Describa bajo qué condiciones se halla habilitado el Establecimiento:

 Nº de trámite: Organismo otorgante:

- 18- ¿Cuáles han sido los ingresos totales de los últimos 12 meses? \$
- 19- Cantidad de: Quirófanos: Salas de Parto: Salas de Trauma:.....
- 19 a - Cantidad aproximadas de operaciones:
 Con internación..... Que no requieren internación.....
- 19 b - Cantidad de partos al año.....
- 19 c - Visitas de emergencias.....

Instalaciones, Equipos y Planta Funcional

- 20- Cantidad de camas para Internación General:
 Cantidad de camas para Maternidad:
 Cantidad de camas Terapia Intensiva:
 Cantidad de Camas Neonatología:
 Cantidad de Camas UCO:
 Cantidad de Camas Otros:
 Total General de Camas de la Institución:
- 21- Indique el porcentaje de camas ocupadas anualmente:%
- 22- Detalle de equipos:
- | | | |
|---|------------------------|-----------|
| Aparatos de electroterapias: | SI | NO |
| Cantidad: | Marcas: | |
| | Marcas:..... | |
| Aparatos de Rayos X: | SI | NO |
| Cantidad de Rayos X para diagnóstico: | Para tratamiento:..... | |
| Marcas: | | |
| Marcas: | | |
| Marcas: | | |
| Marcas: | | |
| Tratamientos con sustancias radioactivas: | SI | NO |
| Radio: | SI | NO |
| Radioisótopos: | SI | NO |
| Cobalto: | SI | NO |

Describe la protección empleada contra escapes de radiaciones:

.....
.....

- 23- ¿Posee consultorios externos? **SI NO** Cantidad:
- Número de pacientes que concurren por año:
- ¿Planificación familiar? **SI NO** Cant. de pacientes por año:
- ¿Enfermedades de transmisión sexual? **SI NO** Cantidad de pacientes por año:
- Otros:..... Cantidad de pacientes por año:

- 24- Cantidad de personal médico que presta servicios en el/los establecimientos:
- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Cirujanos | <input type="checkbox"/> | Neonatólogos | <input type="checkbox"/> |
| Clínicos | <input type="checkbox"/> | Radiólogos | <input type="checkbox"/> |
| Ginecólogos | <input type="checkbox"/> | Urologos | <input type="checkbox"/> |
| Obstetras | <input type="checkbox"/> | ORL | <input type="checkbox"/> |
| Traumatólogos | <input type="checkbox"/> | Oftalmólogos | <input type="checkbox"/> |
| Pediatras | <input type="checkbox"/> | Bioquímicas | <input type="checkbox"/> |
| Cardiólogos | <input type="checkbox"/> | Infectólogos | <input type="checkbox"/> |
| Cirujanos Cardiovasc. | <input type="checkbox"/> | Oncólogos | <input type="checkbox"/> |
| Neurocirujanos | <input type="checkbox"/> | Terapistas | <input type="checkbox"/> |
| Cirujanos Plásticos | <input type="checkbox"/> | Psiquiatras | <input type="checkbox"/> |
| Anestesiastas | <input type="checkbox"/> | Dermatólogos | <input type="checkbox"/> |
| Odontólogos | <input type="checkbox"/> | Ecografía | <input type="checkbox"/> |
| Neurología | <input type="checkbox"/> | Varios | <input type="checkbox"/> |

- 25- Personal Paramédico:..... Enfermeras:..... Varios:.....

- 26- ¿Poseen los Profesionales que trabajan para la Institución seguro individual de Responsabilidad Médica? **SI NO ALGUNOS**
- ¿Qué Porcentaje lo posee?%

Tratamientos brindados por el/los Establecimiento/s

- 27- Enfermedades infecto contagiosas? **SI NO** Porcentaje%
- Clínica Médica? **SI NO** Porcentaje%
- Geriatría? **SI NO** Porcentaje%
- Psiquiatría? **SI NO** Porcentaje%
- Pediatría? **SI NO** Porcentaje%
- Cirugía General? **SI NO** Porcentaje%
- Cirugía Cardiovascular? **SI NO** Porcentaje%
- Neurocirugía? **SI NO** Porcentaje%
- Cirugía plástica reparadora? **SI NO** Porcentaje%
- Cirugía estética? **SI NO** Porcentaje%
- Transplante de órganos? **SI NO** Porcentaje%
- Traumatología y ortopedia? **SI NO** Porcentaje%
- Obstetricia y ginecología? **SI NO** Porcentaje%
- Láser/Medicina Nuclear? **SI NO** Porcentaje%
- Cirugía Bariátrica? **SI NO** Porcentaje%

- 28- ¿Se está llevando a cabo alguna Fertilidad asistida? **SI NO**
- Porcentaje:.....%

Detalle ampliamente los procedimientos que se realizan, incluyendo G.I.F.T.; I.V.F.; etc. y también de A.I.H./A.I.D. si se está llevando a cabo, y esquema de donadores potenciales.

- 29- ¿Otros tratamientos? **SI NO** Porcentaje:.....%
- Si se practica Cirugía Estética optativa, dar detalles de todos los procedimientos que se realicen; incluya copia de todo folleto o boletín informativo que se le entreguen a los posibles pacientes.**

Nota: En el caso en que se realicen tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas no descriptas anteriormente, por favor, agregue a esta solicitud una hoja firmada describiéndola.

- 30-** ¿Cuenta el establecimiento con los siguientes servicios?
- | | | |
|--|-----------|-----------|
| ¿Unidad de terapia intensiva adultos? | SI | NO |
| ¿Unidad de Terapia Intensiva Neonatológica? | SI | NO |
| ¿Tomografía computada o similar? | SI | NO |
| ¿Departamento de enseñanza médica o de enfermería? | SI | NO |
| ¿Laboratorio de patología? | SI | NO |
- 31-** ¿Posee el establecimiento su propio banco de sangre? **SI** **NO**
¿Mantiene en forma permanente o temporaria, sangre o derivados para hemoterapia? **SI** **NO**

 ¿En que cantidad?
 ¿Provee sangre a otros establecimientos? **SI** **NO**
 ¿Compra sangre a otras instituciones? **SI** **NO**
 ¿A quién le compra sangre?
.....
 ¿En qué cantidad?
 ¿Quién testea la sangre que se obtiene en el Banco de Sangre o que se recibe de otras instituciones para verificar que se encuentre en estado óptimo?
.....
.....
 ¿Cómo se realiza ese testeo?
.....
- 32-** ¿Posee la institución un Prepago u otro tipo de organización similar que resulte cautivo funcionalmente de la misma? **SI** **NO**
- 33-** En caso Afirmativo: Nombre o Razón Social:
.....
Cantidad de Afiliados:
Facturación Anual \$
- 34-** ¿Posee la institución Servicios Tercerizados? **SI** **NO**
En caso Afirmativo: Detalle
Nombre o Razón Social y su Actividad
.....
.....

Datos del Seguro Solicitado

Suma Asegurada Solicitada:

Moneda: US\$ \$
Monto:

Vigencia Desde: Vigencia Hasta:
Fecha de Solicitud:

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaraciones de Firma
(Sello de la Institución)

Nota: El firmado de esta propuesta no obliga ni al solicitante ni al Asegurador en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.

Toda la información adicional suplementaria, deberá ser fechada y firmada en tinta al pie.

ANEXO LEY 25.246 (*)- Personas Jurídicas

Para primas mayores a \$ 50.000 (Ley 25.246 - se considerarán el total de primas anuales de todos los ramos) (*)

De apoderado:

Lugar de Nacimiento: País:

Nombre y apellido del cónyuge:

Tipo y nro documento del cónyuge:

DDJJ sobre licitud y origen de los fondos ¿Se adjunta? SI NO

Presentación de documentación respaldatoria ¿Se adjunta?

Certificación extendida por contador público matriculado que certifique el origen de los fondos. SI NO

Documentación bancaria donde surja la existencia de fondos suficientes. SI NO

Cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación. SI NO

Balance certificado SI NO

Detallar otra documentación adjunta:

Referencias comerciales, personales o laborales:

Referencia 1

Apellido: Nombres:

Razón Social:

Tipo y N° Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi:

Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... N°:.....Piso:.....

Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

Referencia 2

Apellido: Nombres:

Razón Social:

Tipo y N° Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi:

Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... N°:.....Piso:.....

Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....

Provincia:..... Teléfono:.....

DETALLAR MIEMBROS DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

Apellido y nombre DNI

SOCIOS QUE CONTROLAN LA SOCIEDAD

Apellido y nombre DNI

ANEXO II – Forma de Pago

Fecha / /

Póliza en trámite	Asegurado: _____
--------------------------	-------------------------

En mi carácter de tomador de la póliza que se emita con relación a la Cotización oportunamente entregada (en adelante la "Póliza"), solicito a Noble S. A. Aseguradora de Responsabilidad Profesional (en adelante "Noble") la adhesión al sistema de pago electo para el pago del premio y / o de cualquier otro concepto que pudiere adeudarse en virtud de la Póliza.

a) Autorización débito en Tarjeta de Crédito:

MasterCard MasterCard - Naranja Visa Visa - Naranja

Nº de tarjeta (16 dígitos):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A nombre de: _____ Vto. (fecha): ____ / ____

Banco: _____

b) Autorización Débito Automático:

<input type="checkbox"/> Caja de Ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="text"/>
--	---	----------------------

Nº de cuenta (16 dígitos):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titular de la cuenta: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

C.B.U. (22 dígitos):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Suscribe la presente el tomador / asegurado, en presencia del productor interviniente.

Tomador / Asegurado:	Productor:		
Firma:	Firma:		
Aclaración:	Aclaración:		
D.N.I.:	D.N.I.:		