

Productor / Organizador:

Seguro de Responsabilidad Médica Formulario de Solicitud de Seguro

Laboratorios

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 retención 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- ¿En el caso de sociedades, ha sido parte del capital accionario suscripto por personas de nacionalidad extranjera? **SI** **NO**
¿De qué nacionalidad?..... ¿En qué porcentaje?.....

4- ¿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 (*):.....

5- Títulos profesionales (habilitantes):

6- Antigüedad en el cargo:

7- Experiencia previa en similares actividades: SI NO

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

8- En caso de que el Responsable sea Médico: ¿Ha sido demandado por Responsabilidad Médica, a título personal, en alguna oportunidad? SI NO
En caso afirmativo adjuntar.

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

- 9- ¿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?.....

- 10- ¿Ha sido rechazada en alguna oportunidad la solicitud de Cobertura por otro Asegurador?

 ¿Por cual y por qué razones?

- 11- ¿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:
- 12- ¿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:

- 14- ¿Posee el establecimiento algún Estudio Consultor que realice tareas de Prevención de la
 Responsabilidad Médica? **SI NO**
 En caso afirmativo: Nombre y Dirección:

 ¿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:

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

Información general sobre la Institución

17- Antigüedad del Inmueble: Cantidad de Plantas: Superficie:Mts2

18- ¿Existen otros Establecimientos satélites? **SI NO**

Dirección:.....
Dirección:.....
Dirección:.....
Dirección:.....

19- Describa bajo qué condiciones se halla habilitado el Establecimiento:

Nº de trámite: Organismo otorgante:

20- ¿Cuáles han sido los ingresos totales de los últimos 12 meses? \$

21- Cantidad de Rutinas Tradicionales

22- Cantidad de Rutinas Ampliadas

23- H.I.V.

24- Cantidad de Profesionales

25- Especialidad de los mismos

28- ¿Poseen los Profesionales que trabajan para la Institución seguro individual de Responsabilidad Médica? **SI NO ALGUNOS**

¿Qué Porcentaje lo posee?%

30- ¿Se está llevando a cabo alguna investigación clínica? **SI NO**

Descríbala por favor:
.....
.....

33- ¿Cuenta con Laboratorio de Patología? **SI NO**

Tipo de análisis	Porcentaje	%
Tipo de análisis	Porcentaje	%
Tipo de análisis	Porcentaje	%
Tipo de análisis	Porcentaje	%

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):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Banco: _____

b) Autorización Débito Automático:

Caja de Ahorros	Cuenta Corriente	
-----------------	------------------	--

Nº de cuenta (16 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titular de la cuenta: _____

Banco: _____ Sucursal: _____

C.B.U. (22 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

<u>Tomador / Asegurado:</u>	<u>Productor:</u>
Firma: _____	Firma: _____
Aclaración: _____	Aclaración: _____
D.N.I.: _____	D.N.I.: _____