

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE

En caso de ser aceptada esta propuesta, la póliza se emitirá bajo la condición de que el acto médico del que deriva la responsabilidad del Asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al Asegurador dentro del período de vigencia de la póliza o dentro del período extendido de denuncia de siniestros que se contrate.

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 Dpto. 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	Fecha	N° CUIT:	
N° de Inscripción de IIBB:			
Mail:		Teléfono:	
Sitio Web:			
Domicilio:			CP:
Localidad:			Provincia:
¿Existen otras ubicaciones para esta entidad?: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es afirmativa, enúncielas indicando la actividad que en ellas se realizan (ej. Consultorios externos; Geriatría con internación; Consultorios odontológicos; etc.):			
Habilitación:		Categoría:	Expte. N°:
Año:			
Nombre del propietario de la entidad:			
¿Cuánto tiempo hace que la entidad es propiedad de los actuales dueños?:			
El propietario es: Un individuo <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sociedad sin fines de lucro <input type="checkbox"/>			
Otro:			
¿Anteriormente la Institución estaba registrada bajo otro nombre? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Si es afirmativo indicar el nombre anterior:	
Nombres y Apellidos del Director (es) Médico:			
Especialidad:			
Edad:		Año de Grad.:	
Universidad: MATRÍCULA N°			
Incumbencias:	Conduce atención: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Supervisa diag. y tratamiento: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
¿Presta servicios profesionales en otro lugar? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>			
¿Dónde?		Horario y función:	

Tipo de internación: **(marque con una cruz la que corresponda)**

CON INTERNACIÓN GENERAL (ESCIG) Internación general con o sin presencia de atención ambulatoria de cualquier género y grupo etario	<input type="checkbox"/>
CON INTERNACIÓN ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA (ESCIPE) Internación especializada en Pediatría y Neonatología destinado a prestar asistencia sanitaria para resolver la demanda del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido con o sin presencia de atención ambulatoria. Se incluye en esta tipología los denominados establecimientos materno-infantiles a los que se le agrega atención pediátrica	<input type="checkbox"/>
CON INTERNACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERNIDAD (ESCIEM) Internación especializada en Maternidad y Neonatología destinado a prestar asistencia sanitaria para resolver la demanda del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido con o sin presencia de atención ambulatoria. Se incluye en esta tipología los denominados establecimientos materno-infantiles a los que se le agrega atención pediátrica	<input type="checkbox"/>
CON INTERNACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL (ESCIESM) Neuropsiquiatría y Adicciones	<input type="checkbox"/>
CON INTERNACIÓN ESPECIALIZADO (ESCIE) Específicamente para una especialidad con o sin presencia de atención ambulatoria	<input type="checkbox"/>
CON INTERNACIÓN ESPECIALIZADA EN TERCERA EDAD (ESCIETE) Comprende los establecimientos geriátricos u hogares de ancianos habilitados por el Sector Salud.	<input type="checkbox"/>
SIN INTERNACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ESSIDT) Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento, destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de diagnóstico y tratamiento. Se incluyen dentro de esta tipología, entre otros, los siguientes establecimientos: Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Unidad de pronta Atención (UPA), Posta Sanitaria, Centros Médicos u Odontológicos, Centros de Cirugía Ambulatoria.	<input type="checkbox"/>
SIN INTERNACIÓN DE DIAGNÓSTICO (ESSID) Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de diagnóstico preponderantemente. Se incluyen, entre otros, dentro de esta tipología a los Laboratorios de Análisis Clínicos - Laboratorios de Anatomía Patológica - Laboratorios de Genética e Histocompatibilidad - Diagnóstico por Imágenes - Medicina Laboral	<input type="checkbox"/>
SIN INTERNACIÓN DE TRATAMIENTO (ESSIT) Establecimiento de salud sin internación de tratamiento, destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen exclusivamente ambulatorio que realiza acciones de tratamiento preponderantemente. Se incluyen dentro de esta tipología los: Centro de día en discapacidad - Centro Educativo Terapéutico - Centro de Diálisis - Centro de Tratamientos Oncológicos.	<input type="checkbox"/>
COMPLEMENTARIO (ESCL) Establecimiento de salud complementario destinado a prestar asistencia a la población que coadyuva a las acciones realizadas por los otros tipos de establecimientos de salud. Se incluyen dentro de esta tipología, entre otros, a las Unidades de Atención móviles - Unidades de Atención extrahospitalaria (ambulancias) - Bancos de sangre (no incluidos en una unidad asistencial) - Vacunatorios - Gabinete de Podología- Gabinete de Enfermería- Internación Domiciliaria - Ópticas - Residuos Patológicos - Ortopedia - Laboratorio mecánico dental.	<input type="checkbox"/>
En caso de otro, describa:	

Tipología de Camas

Tipo de Camas	Cantidad	Tipo de Camas	Cantidad
Generales		UTI pediátricas	
Pediátricas		Neonatología	
Maternidad		Camas de día (Hospital día)	
Cuidados Especiales		Camas de internación prolongada camas de salud mental, adicciones, rehabilitación, discapacidad y tercera edad	
UTI adultos		No discriminadas (no está comprendida en ninguna de las anteriores)	
Cantidad de Quirófano		Otros:	

PRÁCTICA Y TRATAMIENTOS

Prácticas ambulatorias en consultorios:

Cardiología	<input type="checkbox"/>	Geriatría	<input type="checkbox"/>	O.R.L.	<input type="checkbox"/>
Clínica Médica	<input type="checkbox"/>	Ginecología	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>
Dermatología	<input type="checkbox"/>	Infectología	<input type="checkbox"/>	Oftalmología	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infectocontagiosas	<input type="checkbox"/>	Medicina Laboral	<input type="checkbox"/>	Oncología	<input type="checkbox"/>
Fisiatría/Kinesiología	<input type="checkbox"/>	Nefrología	<input type="checkbox"/>	Pediatría	<input type="checkbox"/>
Flebología	<input type="checkbox"/>	Neumonología	<input type="checkbox"/>	Psiquiatría/Psicología	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiología	<input type="checkbox"/>	Neurología	<input type="checkbox"/>	Traumatología y ortopedia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterología	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>	Urología	<input type="checkbox"/>

Cantidad de pacientes atendidos en el último año:

Prácticas Quirúrgicas Programadas con Internación:

Atención de partos	<input type="checkbox"/>	Cirugía Láser	<input type="checkbox"/>	Neurocirugía	<input type="checkbox"/>
Cirugía Bariátrica	<input type="checkbox"/>	Cirugía O.R.L.	<input type="checkbox"/>	Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Cirugía Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Cirugía Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	Proctología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Estética/Plástica	<input type="checkbox"/>	Cirugía Torácica	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/>
Cirugía Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Cirugía Urológica	<input type="checkbox"/>	Traumatología y Ortopedia	<input type="checkbox"/>
Cirugía General	<input type="checkbox"/>	Cirugía vascular periférica	<input type="checkbox"/>	Cirugía Oncológica	<input type="checkbox"/>
Cirugía Ginecológica	<input type="checkbox"/>				

Cantidad de actos quirúrgicos practicados en el último año:

COMPOSICIÓN DEL EQUIPO MÉDICO:

Indique la cantidad de médicos en relación de dependencia, de staff, por honorarios y contratados.

Especialidad	Cantidad	Especialidad	Cantidad	Especialidad	Cantidad
Anatomía Patológica		Flebólogos		Obstetricia	
Anestesiastas		Fonoaudiólogos		Odontólogos	
Bioquímicos		Gastroenterólogos		Oftalmólogos	
Cardiólogos		Ginecólogos		Oncólogos	
Cirugía Cardiovascular		Hemoterapia		Pediatras	
Cirugía de Tórax		Infectólogos		Psicólogos	
Cirugía Gastrointestinal		Kinesiólogos		Psiquiatras	
Cirugía General		Medicina General		Radiólogos	
Cirugía Pediátrica		Nefrólogos		Terapia Intensiva	
Cirugía Plástica		Neonatólogos		Tocoginecólogos	
Cirugía Vasc. Periférica		Neumonólogos		Traumat. y Ortopedia Clínica	
Clínicos		Neurocirujanos		Urólogos	
Dermatólogos		Neurólogos		Otros:	
Diagnóstico por Imagen		Nutricionistas			
Farmacéuticos		O.R.L.			

Indique la cantidad de personal auxiliar empleado / contratado por la entidad

Asistente Geriátrico		Microbiólogos		Técnicos en func. pulmonares	
Auxiliares de enfermería		Obstétricas/Parteras		Técnicos en hemodiálisis	
Bioanalistas		Químico		Técnicos en radiología	
Enfermeros profesionales		Técnico de laboratorio		Técnicos histológicos	
Instrumentador quirúrgico		Técnico en Hemoterapia		Otros (describa)	
Licenciados en enfermería		Técnicos en Citología			
Licenciados en Nutrición		Técnicos en EEC / EMG			

SERVICIO DE AMBULANCIA EN CLÍNICAS Y/O SANATORIOS; INCLUYE (COMPLETAR SOLO SI APLICA):

La institución posee ambulancias:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Presta servicios con vehículo de terceros:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Brinda servicio de atención de urgencias / emergencias en la vía pública en ambulancias de la Institución:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Cantidad de ambulancias:	Traslado:	Urgencias y/o Emergencias:
Cantidad de servicios brindados en el último año:		

DATOS ESTADÍSTICOS Y GENERALES:

Información complementaria de la Institución.

Facturación del último ejercicio económico:

Especifique la cantidad de prestaciones médicas programadas brindadas anualmente:

Cirugía Ambulatoria	Cirugía General	Cantidad de partos	Defunción neonatológica
---------------------	-----------------	--------------------	-------------------------

¿Tiene la entidad un Comité de evaluación de calidad?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, indique si el comité realiza:		
Revisión de la documentación clínica:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Dicta normas para los actos quirúrgicos:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
Actúa frente a complicaciones y reclamos:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Todos los pacientes son dados de alta por un médico?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Se lleva una historia clínica unificada por paciente:	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Se otorgan instrucciones pre y post operación a los pacientes?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Se les solicita a los pacientes que otorguen "consentimiento para tratamientos médicos o quirúrgicos"?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Está normatizada la visita pre-anestésica a los pacientes?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Queda constancia en la historia clínica?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Solo para Centros de Medicina Reproductiva)

Tratamientos	SI	Tratamientos	SI
Tratamientos Ginecológicos Invasivos Sin internación	<input type="checkbox"/>	Crío preservación de gametos y/o embriones	<input type="checkbox"/>
Cirugía Ginecológica Ambulatoria	<input type="checkbox"/>	Aspiraciones foliculares	<input type="checkbox"/>
Cirugía Ginecológica Con Internación	<input type="checkbox"/>	Transferencias embrionarias	<input type="checkbox"/>
Obstetricia (Atención de Partos en pacientes de fecundación asistida)	<input type="checkbox"/>	Andrología	<input type="checkbox"/>
Fertilización In Vitro (FIV)	<input type="checkbox"/>	Anestésias	<input type="checkbox"/>
Transferencia Intratubaria de Gametos (GIFT)	<input type="checkbox"/>	Fertilización de óvulos	<input type="checkbox"/>
Transferencia en etapa pronuclear (PROST)	<input type="checkbox"/>	Ultrasonografía	<input type="checkbox"/>
Transferencia Intratubaria de Cigoto (ZIFT)	<input type="checkbox"/>	AH Eclosión Asistida	<input type="checkbox"/>
Inyección Intracitoplasmica del Esperma (ICSI)	<input type="checkbox"/>	PGD Diagnóstico Genético Preimplantatorio	<input type="checkbox"/>
Ovodonación donantes	<input type="checkbox"/>	Donación de Gametos y/o Embriones	<input type="checkbox"/>
Ovodonación receptoras	<input type="checkbox"/>	Vitrificación de gametos y/o embriones	<input type="checkbox"/>
Donación de semen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cantidad de pacientes femeninos atendidos en el último año:			
Cantidad de pacientes masculinos atendidos en el último año:			

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Solo para Instituciones De Análisis Clínicos, Químicos, Físicos, Biológicos o Bacteriológicos)

La Institución, es concesionaria del Servicio en alguna Institución Prestadora: Si No ¿Cuál?

Proporcione un Listado de los Exámenes de Laboratorio habituales que se realizan en la Institución:	
¿Se realizan extracciones a domicilio? SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

Cantidad de Análisis realizados por año:	
Método Invasivo:	
Método No-Invasivo:	
Extracciones a domicilio:	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Sólo para Farmacias)

Cantidad de locales/sucursales:		
¿Se preparan en la Farmacia recetas magistrales?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Expende medicamentos homeopáticos?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Solo para Centros de Atención Odontológica)

Listado de especialidades y prácticas que realiza el Centro, marque con una X:

Diagnóstico (exámenes, Rayos x, etc.)	<input type="checkbox"/>	Prostodoncia (fija y removible)	<input type="checkbox"/>	Periodoncia	<input type="checkbox"/>
Endodoncia:	<input type="checkbox"/>	Uniradiculares:	<input type="checkbox"/>	Multiradiculares:	<input type="checkbox"/>
Odontopediatría	<input type="checkbox"/>	Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	Preventiva	<input type="checkbox"/>
Cirugía Oral					
Extracciones Simples	<input type="checkbox"/>	Remoción 3º molares inferiores o superiores retenidos	<input type="checkbox"/>	Cirugía Ortognática	<input type="checkbox"/>
Implantes Restorativos	<input type="checkbox"/>	Implantes Quirúrgicos	<input type="checkbox"/>	Cirugía buco-máxilo –facial.	<input type="checkbox"/>
¿Se emplea láser?	SI: <input type="checkbox"/>			NO: <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA - Centro de Diálisis (Complete solo si aplica):

a) ¿Tiene la institución normas para:

l) Reutilización de filtros de diálisis? No Si

- II) Equipos de mantenimiento? No Si
 III) Procedimientos de emergencia? No Si

Cantidad de Puestos	
Cantidad de Pacientes	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Solo para Instituciones de Medicina Prepaga, Obras Sociales, U.T.E.'S y A.R.T.'S)

Detalle la cantidad de prestadores que integran vuestra cartilla, de acuerdo con la siguiente especificación:

Clínicas y Sanatorios:	Laboratorios de Análisis Clínicos	Centros de Imágenes, RX, ETC.
Centros de Rehabilitación		

Detalle el número de asociados a vuestro sistema, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Grupo familiares	Individuales
------------------	--------------

¿Exige a sus prestadores Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica?

SI: Indique suma asegurada exigida:

NO:

Tipo de Planes Ofrecidos
Abierto <input type="checkbox"/> Cerrado <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>

¿Es la entidad prepaga propietaria de algún establecimiento con el que presta servicios a sus afiliados?

NO:

SI: <input type="checkbox"/>	Nombre de la Institución:
------------------------------	---------------------------

ANTECEDENTES DE SEGUROS

Por favor, enuncie los nombres y fechas de las pólizas de todas las Compañías de seguros que han asegurado por responsabilidad profesional a la institución en los últimos cinco años.

Compañía	Vigencia de Póliza	Suma Asegurada

ANTECEDENTES SINIESTRALES

Fecha Acto Médico	Especialidad Involucrada	Importe Reclamado y/o Indemnizado	Estado Actual (Juicio, Mediación, Etapa Procesal, Cerrado)

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN;
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N.º 21.526;
- Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N.º 25.065;
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SSN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.º 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o Tomador a favor de la Aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente apartado.

Autorización Pago Débito Automático: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi <u>Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito</u> . en un todo de acuerdo a la resolución N.º 21.900 de la Superintendencia de Seguros De la Nación.			
Tarjeta de Crédito		CBU	
Nº Tarjeta:		Nº CBU:	
Vencimiento:		Tipo de Cuenta:	
Entidad Bancaria		Entidad Bancaria:	

DATOS DE COBERTURA SOLICITADA

Producto: "TPC FULL 3"

Tipo De Cobertura: Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional base Reclamo o Claims Made, incluyendo período extendido de denuncias de tres (3) años:

Se da cobertura al hecho médico que dio origen al daño, siempre y cuando se cumplan conjuntamente las dos condiciones que se indican a continuación:

- que los actos, hechos u omisiones culposos o negligentes del Asegurado que ocasionan el daño, hayan ocurrido durante el período de vigencia de la presente póliza o durante el período de RETROACTIVIDAD (para el supuesto de futuras y sucesivas renovaciones);
- que los reclamantes hayan formulado y notificado al Asegurado en forma fehaciente su reclamo económico durante el período de vigencia de la póliza, o bien dentro del período extendido de denuncias contratado.

Definición de Retroactividad: Se entiende por RETROACTIVIDAD, la fecha en que comienza a regir la primera cobertura contratada por el Asegurado con este Asegurador, la cual se indicará en las Condiciones Particulares. Por lo tanto, cada vez que en la póliza se mencione el término RETROACTIVIDAD, deberá entenderse que se está refiriendo a la fecha en que comenzó su primer período de cobertura bajo la Póliza con este Asegurador; y cada sucesiva renovación no alterará dicha fecha inicial, salvo que el Asegurado y el Asegurador hayan pactado otra distinta, la que también deberá constar en las Condiciones Particulares.

Declaración Jurada Del Tomador:

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor.

Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.

Asimismo, declaro que tengo pleno conocimiento que estoy contratando una póliza con una cobertura a base de reclamos de terceros o de notificaciones al Asegurador de reclamos de terceros, siendo también de mi pleno conocimiento lo siguiente:

1. Que, conozco las limitaciones previstas en el contrato de seguro que estoy solicitando, y que en consecuencia, la cobertura del seguro cuya contratación solicito, solamente dará cobertura a los reclamos judiciales que sean notificados por terceros, o a las notificaciones que haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a acciones u omisiones durante la actividad del establecimiento, y que haya cometido a partir de la fecha retroactiva que será prevista en las Condiciones Particulares de Póliza.
2. Que la cobertura en las sucesivas pólizas que vaya renovando con este mismo Asegurador, seguirán los mismos principios establecidos en 1) teniendo siempre la obligación de indemnizar la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o la de la notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.
3. Que, existiendo más de un reclamo derivado de un mismo evento, la obligación de indemnizar le cabrá exclusivamente a la póliza en vigencia sobre la cual fue presentado el primero de los reclamos o la notificación del Asegurado, cuando esta le anteceda al reclamo.
4. Que no siendo renovada la póliza, será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados hasta el período extendido de denuncias que figura en las condiciones particulares de la póliza.

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer tanto las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de Responsabilidad Civil que por la presente solicito y acepto, así como el alcance de su cobertura y de sus limitaciones, franquicias, deducibles, cargas y exclusiones, y de mis derechos y obligaciones que asumiré en caso de que la presente solicitud sea aceptada por el Asegurador.

Suma Asegurada por evento (mínimo pesos Trescientos cincuenta mil \$350.000,00). Ingrese una o varias opciones

Reposiciones: Sin reposiciones Una Dos

DATOS PARA RC COMPRENSIVA

Complete la siguiente información solo si solicita la cobertura de Responsabilidad Civil Comprensiva.

Características de la edificación:

Cantidad de plantas de la edificación incluyendo PB y Subsuelos:	
Superficie cubierta:	

	SI	NO
¿Posee pisos antideslizantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Posee salidas de emergencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrada exclusiva para ambulancias:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad de ascensores y/o montacargas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calderas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carteles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Suministra alimentos a pacientes y/o acompañantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Posee carteles instalados en columnas ubicadas en la acera o cruzando la calzada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posee matafuegos tipo A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detectores de humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generador de energía eléctrica en caso de corte del suministro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cada cuánto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?		
Vigilancia privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de circuito de TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema de protección de circuitos eléctricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe un plan de evacuación para el caso de emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distancia del cuartel de bomberos más cercano		
Distancia de comisaría policial más cercana		

ANTECEDENTES SINIESTRALES

Fecha de Ocurrencia	Motivo del Reclamo	Importe Reclamado y/o Indemnizado	Estado Actual (Juicio, Mediación, Etapa Procesal, Cerrado)

Suma Asegurada por evento (mínimo pesos Trescientos cincuenta mil \$350.000,00). Ingrese una o varias opciones

Reposiciones: Sin reposiciones Una Dos

Firma:	Fecha:
Aclaración:	Cargo que ocupa:
Productor:	Comisión:

IMPORTANTE: En caso de contratar el seguro solicitado, deberá acompañar la presente solicitud con los formularios UIF y PEP correspondientes, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web: <http://www.webtpc.com/index.php/servicios/formularios>