

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE

En caso de que esta Propuesta sea aceptada por el Asegurador, la póliza se emitirá bajo la condición de que el hecho 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 esta póliza o bien dentro de los dos o cinco años siguientes a su vencimiento o rescisión, de acuerdo con la modalidad contratada.

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE SER ACEPTADA ESTA PROPUESTA POR EL ASEGURADOR, LA ORDEN DE EMISION DE LA PÓLIZA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MÍNIMOS:

- A) NOMBRE Y APELLIDO DEL P.A.S.
- B) SUMA ASEGURADA SOLICITADA.
- C) REPOSICIONES DE SUMA ASEG.: Sin reposición () 1 () 2 ()
- D) TIPO DE COBERTURA (INCLUIR ADICIONALES CONVENIDOS)
- E) VIGENCIA DEL SEGURO.
- F) COSTO ACORDADO CON EL ASEGURADO.
- G) PLAN DE PAGO.
- H) FORMA DE PAGO (PAGO FÁCIL, DÉBITO EN CUENTA, DÉBITO EN TARJETA.)

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESCRIBANOS

- 1.- Nombres del Proponente: _____
Apellido/s Completos/s: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/____
Domicilio: Calle _____
Nº _____ Piso/Depto.: _____ Localidad: _____
C.P.: _____ Provincia: _____ Tel. Part: _____
Email: _____ Tipo y Nº de Documento: _____
- 2.- Domicilio laboral/Estudio: Calle: _____
Nº _____ Piso/Depto.: _____ Localidad: _____
C.P.: _____ Provincia: _____ Tel. Part: _____
Email: _____
- 3.- Universidad en la que se graduó: _____
Año de Graduación: ____/____/____ Título Prof.: _____
- 3.1.- Nº de matrícula: Tomo _____ Folio: _____
Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su Matrícula Profesional _____
4. Indicar si es miembro de alguna asociación profesional y en caso afirmativo de cual y desde que fecha: _____

5. Declarar la cantidad de años de experiencia en forma ininterrumpida en la profesión: _____
6. Indicar el lugar o lugares en donde normalmente desarrolla sus actividades profesionales, además del indicado en 2.: _____

7. Indicar en que carácter: _____
8. Total de ingresos anuales: _____
9. Cantidad de Actos Protocolares por Año: _____

10. Cantidad de Actos Extra Protocolares por Año: _____
11. Está en conocimiento de la existencia de algún reclamo en su contra por el ejercicio de su Profesión, ya sea judicial o extrajudicialmente y del cual Usted aún no haya sido notificado: NO () SI ()
12. Detallar TODAS las reclamaciones que haya tenido por Responsabilidad Civil en el ejercicio de su profesión, indicando fechas, montos y fundamentos de las mismas: _____

- 13.- Alternativas de suma asegurada en pesos:
- () 25.000.-
 - () 50.000.-
 - () 100.000.-
 - () 150.000.-
 - () 200.000.-
 - () 250.000.-
 - () 300.000.-

ALTERNATIVAS DE TIPO DE COBERTURA:

TPC FULL (2) _____

TPC FULL (5) _____

Ver Notas (I) (II)

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.

Para las Alternativas de Cobertura TPC Full 2, TPC Full 5

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 me sean notificados por terceros, o a las notificaciones que yo haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a mis acciones u omisiones durante el ejercicio de mi profesión, y que yo 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 indemnizarme la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o la de mi 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 ____ (*) años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

(*) De 2 años en el caso del TPC Full 2, de 5 años en el caso del TPC Full 5.

Notas I,II y Distintas Alternativas de Cobertura:

(I) TPC Full 2: Es la Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 2 años, contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA ESCRIBANOS**



(III) TPC Full 5: Es una Cobertura igual a la anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años.

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. Declaro expresamente que también he sido informado y estoy en conocimiento de lo mencionado, a través de la página web de TPC : <http://www.webtpc.com>

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aclaración: _____

Nro. De CUIT: _____

Carácter en que lo hace en relación con el proponente: _____

Situación frente al IVA: () Responsable Inscripto

() Exento

() Monotributo

() Consumidor Final