

FORMULARIO POLIZA RC MÉDICA ALTAS POLIZAS GRUPALES



CONTRATANTE Y/O TOMADOR: POLIZA VIGENTE N°

Nombre y Apellido: _____ Tipo y Nro Doc _____

N° de CUIT: _____ Categoría ante la DGI: _____

Domicilio Particular: _____ Localidad: _____

Domicilio Profesional: _____ Localidad: _____

Telef. Particular: _____ Telef. Profesional: _____ Celular: _____

E.mail: _____

Universidad: _____ Año de Graduación: _____ Título: _____

Especialidad: _____ Quién la otorgó: _____ Fecha: _____

Efectúa prácticas quirúrgicas? Enúncielas: _____

Nro de Matrícula Nacional _____ Nro de Matricula Provincial _____

Tiene seguro de Mala Praxis: _____ Donde? _____ Suma Asegurada: _____

Conoce hechos o circunstancias que puedan dar lugar a reclamos o juicios? NO () SI ()

Ha estado alguna vez involucrado directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por
Algún reclamo o juicio de mala praxis? NO () SI ()

SUMA ASEGURADA: (Indicar la suma asegurada elegida)

50.000	\$	200.000	\$
100.000	\$	250.000	\$
150.000	\$	300.000	\$

COBERTURA: (Indicar la Cobertura elegida)

TPC PURO	\$	TPC FULL 5	\$
TPC FULL 10	\$	OCURRENCIA	\$

AUTORIZACIÓN PAGO DEBITO AUTOMATICO: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito. en un todo de acuerdo a la resolución N° 21.900 de la Superintendencia de Seguros De la Nación.

a) Tarjeta de Crédito:

b) CBU:

N° Tarjeta: _____

N° de CBU: _____

Vencimiento: _____

Tipo de Cuenta: _____

Entidad Bancaria: _____

DECLARACION JURADA

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderas, 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. Ver Notas (I) (II) (III) (IV)

Para las Alternativas de Cobertura TPC Puro, TPC Full y TPC 10

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 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 0 años en el caso del TPC Puro, de 5 años en el caso del TPC Full y de 10 años en el caso del TPC 10.

NOTA I TPC Puro: Cobertura base Reclamo sin extensión del período de reporte de reclamos y siniestros. El mismo puede contratarse comprando el endoso de salida para dicha extensión de hasta 10 años a la finalización de la vigencia del seguro y con el pago del premio adicional correspondiente. El asegurado deberá solicitarlo con una anticipación de 10 días al vencimiento de la póliza y cumplir con el pago contado del premio adicional, verificados estos requisitos TPC estará obligada a emitir el correspondiente endoso de salida.

NOTA II TPC Full 5: Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

NOTA III TPC Full 10: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

NOTA IV TPC Ocurrencia: Cobertura base Ocurrencia. Incluye 10 años automáticos para reporte de reclamos y siniestros desde la finalización de la vigencia del seguro y su costo incluido en el premio del mismo. Para estar cubierto el asegurado solo tiene que haber tenido póliza vigente en TPC en el momento del acto médico que genera el reclamo/siniestro por mala praxis.

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.ar> / y el "Manual sobre Seguros de RC Médica" allí incluido.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aclaración: _____