

### 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, y/o el período extendido de denuncia de siniestros contratado.

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 PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES DE MEDICINA PREPAGA U ODONTOLÓGICA, OBRAS SOCIALES, U.T.E.'S y A.R.T.'S

1. Nombre de la Entidad: \_\_\_\_\_

#### Ubicación de la entidad:

2. Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

3. Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Actividad Específica:

4. Nombre del/los propietario/s de la entidad: \_\_\_\_\_

El propietario es: Un individuo ( ) Una soc. ( ) Una soc. sin fines de lucro ( ) Otro ( )

Si la respuesta es otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que la entidad es propiedad de los actuales dueños? \_\_\_\_\_

5. Existen otras ubicaciones de propiedad de la proponente donde se desarrollen actividades  
médicas? No ( ) Si ( )

Si la respuesta es afirmativa, por favor indíquelas y describa la actividad que se desarrolla en ella/s (ej  
Análisis clínicos, consultorios externos, centro especializado, ctro. de información)

6. Está esta entidad registrada como sin fines de lucro? No ( ) Si ( )

En caso afirmativo, cómo se mantiene? \_\_\_\_\_

Nombre del Director Médico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Año de Graduación: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Función: Conduce atención médica Si ( ) No ( ) Supervisa Si ( ) No ( )

7. Nombre del Director Administrativo:

Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Año de Grad.: \_\_\_\_\_

Incumbencias: \_\_\_\_\_

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

- a) Clínicas y Sanatorios: \_\_\_\_\_
- b) Laboratorios de análisis clínicos: \_\_\_\_\_
- c) Centros de imágenes, Rx, etc.: \_\_\_\_\_
- d) Otros: \_\_\_\_\_

9. Indique la cantidad de médicos que integran vuestra cartilla de acuerdo con estas categorías:

Categoría	Espec. Clínicas	Espec. de Diagnóstico	Cirugía Baja Complejidad	Cirugía Alta Complejidad	Odontología con Implantes	Ginecología y Partos
Cantidad						

11. ¿Cuáles han sido los ingresos totales de los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es el índice de cobranza? \_\_\_\_\_  
 Estime sus perspectivas de ingresos para los próximos 12 meses: \_\_\_\_\_

12. Exige Ud. que todos los Profesionales Médicos y/o Clínicas Inscriptas y/o Prestadores que brindan servicios a sus afiliados / asociados / adherentes, tengan alguna cobertura de seguro?  
 Sírvase responder SI o NO y aclare: \_\_\_\_\_

13. Detalle el número de asociados a vuestro sistema, de acuerdo a la siguiente clasificación:  
 a) Grupo familiares: \_\_\_\_\_ b) Individuales: \_\_\_\_\_  
 c) Sistema Cerrado: \_\_\_\_\_ d) Sistema Mixto: \_\_\_\_\_ e) Sistema Abierto: \_\_\_\_\_

14. Aseguradores actuales de la entidad: \_\_\_\_\_  
 Suma asegurada de la póliza vigente: \_\_\_\_\_  
 Deducible (franquicia): \_\_\_\_\_  
 Fecha de vencimiento de la póliza: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOTA: Si su respuesta es afirmativa para alguna de las siguientes preguntas, deberá completar el formulario de declaración de siniestros, adjuntando de ser necesario información complementaria, evitando así demoras en la cotización solicitada.

15. ¿Alguna compañía de seguros ha cancelado, declinado o modificado la cobertura (ej. reducción de límites, restricción de la cobertura, etc.) o rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional de la entidad? No ( ) Si ( )

16. ¿Alguna oficina administrativa nacional, provincial, municipal, científica o gremial ha investigado, suspendido, revocado o tomado alguna acción contra la entidad o alguno de sus médicos en relación de dependencia? No ( ) Si ( )

17. ¿Ha sido notificada la entidad alguna vez, de estar demandada o codemandada por algún reclamo originado en la Responsabilidad Profesional Médica Institucional, o de alguno de sus médicos en relación de dependencia? No ( ) Si ( )

RESERVADO PARA ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA /ART

18. ¿Bajo qué condiciones de Responsabilidad Civil Médica la entidad prepaga firma con sus socios, médicos e instituciones prestadoras? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. Tipos de planes ofrecidos: Abierto ( ) Cerrado ( ) Mixto ( )

20. En caso de no encuadrarse en ninguno de los sistemas antes descriptos, informe brevemente el suyo.

21. ¿Es la entidad prepaga propietaria de alguno o de todos los establecimientos con los que presta servicios a sus afiliados? No ( ) Si ( )  
En su caso, explique de cuáles y en qué proporción y modalidad: \_\_\_\_\_
22. ¿Emplea directamente al personal médico o auxiliar? No ( ) Si ( )
23. Especifique la cantidad de prestaciones médicas programadas de su plan cerrado:  
Cirugía Mayor: \_\_\_\_\_ Cirugía Menor: \_\_\_\_\_ Cirugía Ambulatoria: \_\_\_\_\_  
Cantidad de partos: \_\_\_\_\_ de cesáreas: \_\_\_\_\_ Nacidos vivos: \_\_\_\_\_  
Nacidos muertos: \_\_\_\_\_ Defunciones fetales: \_\_\_\_\_ Defunción neonatológica: \_\_\_\_\_  
Actos anestésicos generales: \_\_\_\_\_
24. Describa los sistemas de contralor que ejerce sobre las clínicas y profesionales que prestan la atención médica: \_\_\_\_\_
25. Cuál es la cantidad de trabajadores asegurados por la ART? \_\_\_\_\_
26. Cuál es la composición de su cartera por tipo de actividad laboral?: \_\_\_\_\_
27. Cuál es la distribución geográfica de los afiliados?: \_\_\_\_\_
28. Cuál es la cantidad de accidentes graves atendidos en los últimos dos años?: \_\_\_\_\_
29. Cuantas han sido las secuelas de accidentes graves que hayan producido: \_\_\_\_\_  
Muerte: \_\_\_\_\_  
Incapacidad permanente total: \_\_\_\_\_  
Incapacidad permanente parcial: \_\_\_\_\_

#### COBERTURA SOLICITADA

30. Fecha original de la petición de la póliza: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
31. Alternativas de suma asegurada:  
\$  
( ) 50.000.-  
( ) 100.000.-  
( ) 150.000.-  
( ) 200.000.-  
( ) 250.000.-  
( ) 500.000.-  
( ) 750.000.-

Reposiciones de suma: \_\_\_\_\_

32. Alternativas de tipo de cobertura:

**TPC PURO ( )                      TPC FULL ( )                      TPC 10 ( )**

**Ver Notas ( I ) ( II ) ( III )**

**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 mentado 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 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 mas 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.

**Notas:**

(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.

(II) TPC Full: 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.

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

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de responsabilidad civil en base a reclamos (Claims Made) 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 y cargas 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: \_\_\_\_\_ Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_

Categoría ante la AFIP: \_\_\_\_\_ Nro. de CUIT: \_\_\_\_\_