

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE
COBERTURA DE SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
PARA EMPRESAS DE EMERGENCIAS Y/O
URGENCIAS MEDICAS**

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 según la opción elegida.

**FORMULARIO DE PROPUESTA PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL MEDICA DE EMPRESAS DE EMERGENCIAS / URGENCIAS MEDICAS**

1) Nombre de la Empresa: _____

2) Dirección: _____

3) Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____

4) Nombre del Propietario de la Entidad: _____

5) El Propietario es: Un indiv. () Una Sociedad () Una Soc. sin fines de lucro () Otro ()

6) Tipo societario: _____ Fecha de constitución: ____/____/____

7) Si la respuesta es "Otro", por favor, explique: _____

8) Cuánto tiempo hace que la empresa es de propiedad de los actuales dueños: _____

9) Organismo de Salud Pública que otorgó la Habilitación: _____

10) Posee la entidad distintas bases para la salida de vehículos? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa, por favor, indíquelas, y describa la actividad que se desarrolla en ellas: (P.Ej.: Recepción de pedidos de servicios; Consultorios Externos; Centro de espera de médicos y/o vehículos equipados, etc.): _____

11) Está la Entidad registrada como sin fines de lucro? NO () SI ()

En caso afirmativo, cómo financia la actividad? _____

12) Es la Empresa Servicio Exclusivo también de alguna Empresa de Medicina Pre-Pagada, Obra Social, Sindicato, Asociación o Colegio Médico o similar?

NO () SI ()

13) DIRECTOR MEDICO:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Fecha de Graduación: ____ / ____ / ____ Universidad: _____

Especialidad: _____

Entidad que otorgó título especialista: _____

Esta Certificado? ____ Por quién? _____ Fecha: _____

Recertificado? ____ Por quién? _____ Fecha: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Función que desempeña : _____

Conduce atención médica: NO () SI () Supervisa: NO () SI ()

Coordina: NO () SI () Acredita Médicos ? NO () SI ()

Incumbencias: _____

Horarios: _____

Presta servicios profesionales en otro lugar ? NO () SI ()

Dónde ? _____

Horario y Función: _____

14) DIRECTOR ADMINISTRATIVO:

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Profesión: _____

Fecha de Graduación: ____ / ____ / ____ Universidad: _____

Incumbencias: _____

24) Detalle el número de asociados al sistema:

a) Grupos familiares: _____ b) Individuales: _____

c) Empresas: _____ d) Empresas de Medicina Pre-paga: _____

e) Obras Sociales: _____ f) Area Protegida: _____

g) Estime la cantidad de afiliados y/o cápitas asociadas: _____

25) Especifique la cantidad de prestaciones brindadas en el último año: _____

Urgencias: _____ Emergencias: _____

NOTA: Si su respuesta es afirmativa para alguna de las siguientes preguntas, deberán proveer una descripción detallada por escrito, así como la documentación pertinente:

26) 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 ()

27) Alguna Oficina Administrativa Nacional, Provincial, Municipal, Científica o Gremial ha investigado, suspendido, revocado o tomado alguna acción contra la Entidad o alguno de los médicos que prestan sus servicios para la Empresa?. NO () SI ()

28) Ha sido notificada la Empresa alguna vez, de estar demandada o codemandada por algún reclamo originado en la Reponsabilidad Profesional Médica Institucional, o de alguno de sus médicos en relación de dependencia o por honorarios? NO () SI ()

29) En caso afirmativo, informe en hoja por separado, lo siguiente:

Año de iniciación, Carátula completa (todos los actores y todos los demandados), Radicación, Monto de la demanda, Causal Invocada, Especialidades involucradas, Estado Procesal, Nombre, Apellido, Dirección y Teléfono del Estudio Jurídico y/o abogado que representa a la Entidad en cada juicio.

Información sobre la sede de la Entidad: _____

30) Cantidad de plantas de la edificación incluyendo P.B. y Subsuelos: _____

31) Superficie cubierta: _____

32) ¿Posee pisos antideslizantes? No () Si ()

33) ¿Posee salidas de emergencia? No () Si ()

Favor de indicar si posee: _____

34) Cantidad de ascensores y/o montacargas: _____

35) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

36) Calderas: No () Si ()

37) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

38) Carteles: No () Si () Cantidad? _____

39) Posee carteles instalados en columnas sobre la acera o cruzando la calzada:
No () Si ()

Medidas de Seguridad: _____

40) Posee escaleras contra incendio y puertas cortafuegos: No () Si ()

41) Posee matafuegos tipo A, B, C: No () Si ()

42) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

43) Rociadores automáticos: No () Si ()

44) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

45) Detectores de humo: No () Si ()

46) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

47) Vigilancia privada: No () Si ()

48) La Empresa se encuentra habilitada para la portación de armas de fuego: No () Si ()

49) Sistema de circuito de TV: No () Si ()

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA
DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
PARA EMPRESAS DE EMERGENCIAS Y/O
URGENCIAS MEDICAS**



50) Sistema de protección de circuitos eléctricos: No () Si ()

Describe: _____

51) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

52) Existe un plan de evacuación para el caso de emergencias: No () Si ()

53) Con que frecuencia se revisa el mismo: _____ (adjuntar copia)

54) Distancia del cuartel de bomberos mas cercano: _____ De policia: _____

55) Generador de energía eléctrica en caso de corte del suministro: No () Si ()

56) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?

57) ¿Existen otras ubicaciones para esta entidad?: No () Si ()

Si la respuesta es afirmativa, enúncielas _____

58) Por favor, enunciar los nombres y fechas de las pólizas de todas las Aseguradoras que han asegurado por Responsabilidad Profesional Médica a la organización en los últimos 5 años.

Aseguradora	Nº Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

COBERTURA SOLICITADA

Responsabilidad Civil Médica

Responsabilidad Civil Comprensiva

\$

\$

() 120.000.-

() 120.000.-

() 150.000.-

() 150.000.-

() 200.000.-

() 200.000.-

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 250.000.- | <input type="checkbox"/> 250.000.- |
| <input type="checkbox"/> 300.000.- | <input type="checkbox"/> 300.000.- |
| <input type="checkbox"/> 350.000.- | <input type="checkbox"/> 350.000.- |
| <input type="checkbox"/> 400.000.- | <input type="checkbox"/> 400.000.- |
| <input type="checkbox"/> 450.000.- | <input type="checkbox"/> 500.000.- |
| <input type="checkbox"/> 500.000.- | |
| <input type="checkbox"/> 750.000.- | |

Reposiciones de suma: _____ Reposiciones de suma: _____

59. Fecha original de la petición de la póliza: _____ / _____ / _____

60. 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 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 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.

5) 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.

6) 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.

7) 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.

8) 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.

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

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA
DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
PARA EMPRESAS DE EMERGENCIAS Y/O
URGENCIAS MEDICAS**



Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aclaración: _____ Cargo que ocupa: _____

Categoría ante la AFIP: _____ Nro. de CUIT: _____

IMPORTANTE:

Los siguientes datos del solicitante que figuran en el presente formulario, son requeridos en forma obligatoria por la resolución 6/2005 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:

1. Identificación del cesionario o beneficiario.
2. Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
3. 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:

- a) Negación o reducción en el suministro de la información.
- b) Entrega de información engañosa o difícil de verificar.
- c) Operaciones sin justificación económica.
- d) Determinación de desvíos, incongruencias, incoherencias o inconsistencias entre la transacción realizada y el perfil del cliente.

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)

Del 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? SI () NO ()

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 ()