



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE  
COBERTURA DE SEGURO DE  
RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA  
PARA CLINICAS, SANATORIOS, HOSPITALES PÚBLICOS Y/O  
PRIVADOS Y/O CENTROS MÉDICOS CON Y/O SIN INTERNACIÓN**

**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 PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA  
CLINICAS, SANATORIOS, HOSPITALES PÚBLICOS Y/O PRIVADOS Y/O  
CENTROS MÉDICOS CON Y/O SIN INTERNACIÓN**

Instrucciones: 1. Todas las preguntas deben ser respondidas.  
2. Escriba a máquina o con letra de imprenta.

1) Nombre de la Institución: .....

2) Ubicación de la entidad: Calle:..... N°.....

3) Localidad:.....Provincia:.....

4) Números de teléfono: .....

5) Dirección de correo electrónico (e-mail):.....

6) Habilitación de Salud Pública: Categoría:.....Expte N°:.....Año:.....

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

Si la respuesta es afirmativa, enúncielas indicando la actividad que en ellas se realizan (ej. Consultorios externos; Geriatría con internación; Consultorios odontológicos; etc.):

.....  
.....

8) Nombre del propietario de la entidad: .....

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

10) Si la respuesta es otro, por favor explique: .....

.....

11) ¿Cuánto tiempo hace que la entidad es propiedad de los actuales dueños? .....

12) ¿Anteriormente la Institución estaba registrada bajo otro nombre? Indicar.....

.....



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

13) Nombre del Director (es) Médico:.....

Edad: ..... Especialidad: ..... Año de Grad.: .....

Universidad: ..... Matrícula N°:.....

Entidad que otorgó título especialidad: .....

Incumbencias : Conduce atención: ..... Supervisa diag. y tratamiento: .....

14) Datos del Administrador y/o responsable de la Institución:

Nombres :..... Apellidos :.....

Domicilio Real: Calle:.....

N°:..... Piso/Dpto.:..... Localidad:.....

C.P.:..... Provincia:..... Teléfono :.....

Fecha de Nacimiento :..... Edad:..... Sexo:.....

E-mail:..... Cuit / Cuil / Cdi :.....

Estado Civil: ..... Tipo y N° de documento:.....

Se verificó con el documento original? SI ( ) NO ( )

Nacionalidad :..... Actividad específica :.....

15) Representante autorizado para los asuntos de seguros:

Nombre: ..... Título: .....

Cargo que ocupa en la Institución: .....

16) ¿Está esta Institución registrada como sin fines de lucro? Si:  No:

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

18) Superficie cubierta:.....

19) ¿Posee pisos antideslizantes? Si:  No:

20) ¿Posee salidas de emergencia? Si:  No:

**Favor de indicar si posee:**

- 21) Entrada exclusiva para ambulancias: Si:  No:
- 22) Cantidad de ascensores y/o montacargas: .....
- 23) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?  
.....
- 24) Calderas: Si:  No:
- 25) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?  
.....
- 26) Carteles: Si:  No:  Cantidad?.....
- 27) ¿Posee carteles instalados en columnas ubicadas en la acera o cruzando la calzada? Si:  No:

**Medidas de Seguridad:**

- 28) Posee escaleras contra incendio y puertas cortafuegos: Si:  No:
- 29) Posee matafuegos tipo A, B, C: Si:  No:
- 30) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?  
.....
- 31) Rociadores automáticos: Si:  No:
- 32) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?  
.....
- 33) Detectores de humo: Si:  No:
- 34) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?  
.....
- 35) Salidas de emergencia: Si:  No:
- 36) Vigilancia privada: Si:  No:
- 37) La Empresa se encuentra habilitada para la portación de armas de fuego: Si:  No:



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

38) Sistema de circuito de TV: Si:  No:

39) Sistema de protección de circuitos eléctricos: Si:  No:

Describe:.....  
.....

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

.....

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

42) Con que frecuencia se revisa el mismo:.....(adjuntar copia)

43) Distancia del cuartel de bomberos mas cercano:.....De policia:.....

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

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

.....

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

Agudos		Psiquiátrico	
Crónicos		Recuperación cirugía ambulatoria	
General		Rehabilitación Psicomotricidad	
Geriátrico		Tratamiento Drogadependientes	
Hospital de día		Otro	

En caso de otro, describa:.....  
.....  
.....

Servicio de atención de urgencias / emergencias

en la vía pública en ambulancias de la Institución: Si:  No:

Requiere Ud. cobertura del sustituto del Director Médico: Si:  No:

Nombre del Profesional:.....

Edad: ..... Especialidad: ..... Año de Grad.:.....



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

Universidad: .....

Entidad que otorgó título especialidad: .....

47)

**INFORMACION PRACTICA**

- a) Cantidad de camas de internación general .....
- b) Uso promedio de las camas .....%
- c) Cantidad de cunas para recién nacidos .....
- d) Cantidad de quirófanos .....
- e) Cantidad de salas de parto .....
- f) Cantidad de camas de UTI .....
- g) Cantidad de camas de UCO .....
- h) Cantidad de camas de UTI Neonat. ....

48) ¿Tiene la entidad un Comité de evaluación de calidad?: Si:  No:

49) Si la respuesta es afirmativa, indique si el comité realiza:

- a) Revisión de la documentación clínica: Si:  No:
- b) Dicta normas para los actos quirúrgicos: Si:  No:
- c) Actúa frente a complicaciones y reclamos: Si:  No:

¿Todos los pacientes son dados de alta por un médico? Si:  No:

¿Se otorgan instrucciones pre y post operación a los pacientes? Si:  No:

**Adjuntar formulario/s**

50) Indique la cantidad de médicos en relación de dependencia, de staff, por honorarios y contratados:

Anatomía Patológica		Kinesiólogos	
Anestesiastas		Medicina Laboral	
Bioquímicos		Nefrólogos	
Cardiólogos		Neonatólogos	
Cirugía Cardiovascular		Neumonólogos	
Cirugía de Tórax		Neurocirujanos	
Cirugía Gastrointestinal		Neurólogos	
Cirugía General		Nutricionistas	
Cirugía Pediátrica		O.R.L.	
Cirugía Plástica		Obstétricas (parteras)	
Cirugía Vasc.Periférica		Obstetricia	
Ciruj. Traumatólogos / Ortopedia		Odontólogos	
Clínicos		Oftalmólogos	
Dermatologos		Oncólogos	
Diagnóstico por Imagen		Pediatras	
Farmacéuticos		Psicólogos	



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

Flebólogos		Psiquiatras	
Fonoaudiólogos		Radiólogos	
Gastroenterólogos		Terapia Intensiva	
Ginecólogos		Tocoginecólogos	
Hemoterapia		Traumat. y Ortopedia Clínica	
Infectólogos		Urólogos	

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

Bioanalistas .....  
Jefe Técnico .....  
Químico .....  
Técnico de laboratorio .....  
Microbiólogos .....  
Técnicos en Citología .....  
Técnicos en EEC / EMG .....  
Técnicos en hemodiálisis .....  
Licenciadas en enfermería .....  
Enfermeras profesionales .....  
Auxiliares de enfermería .....  
Técnicos en func. pulmonares .....  
Técnicos en radiología .....  
Técnicos histológicos .....  
Obstétricas .....  
Otros (describa) .....  
.....  
.....

### PRACTICA Y TRATAMIENTOS

52) **Prácticas ambulatorias en consultorios:**

Enfermedades infecto contagiosas No ( ) Si ( )  
Clínica Médica No ( ) Si ( )  
Geriatría No ( ) Si ( )  
Psiquiatría/Psicología No ( ) Si ( )  
Pediatria No ( ) Si ( )  
Odontología No ( ) Si ( )  
Dermatología No ( ) Si ( )  
Nefrología No ( ) Si ( )



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

Neumonología	No ( )	Si ( )
Infectología	No ( )	Si ( )
Gastroenterología	No ( )	Si ( )
Nutrición	No ( )	Si ( )
Neurología	No ( )	Si ( )
Oncología	No ( )	Si ( )
Medicina Laboral	No ( )	Si ( )
Cardiología	No ( )	Si ( )
Traumatología y ortopedia	No ( )	Si ( )
Fisiatria	No ( )	Si ( )
O.R.L.	No ( )	Si ( )
Oftalmología	No ( )	Si ( )
Urología	No ( )	Si ( )
Flebología	No ( )	Si ( )
Fonoaudiología	No ( )	Si ( )

Cantidad de pacientes atendidos en el último año:.....

53)

**Prácticas quirúrgicas y/o invasivas ambulatorias  
sin internación o con camas de recuperación post-anestésica:**

Cirugía Láser	No ( )	Si ( )
Cirugía Estética	No ( )	Si ( )
Transplante de córneas	No ( )	Si ( )
Traumatología y Ortopedia	No ( )	Si ( )
Ergometrías	No ( )	Si ( )
Administración Citostáticos	No ( )	Si ( )
Proctología	No ( )	Si ( )
Hematología	No ( )	Si ( )
Cirugía O.R.L.	No ( )	Si ( )
Tratamientos Ginecológicos	No ( )	Si ( )
Cirugía vascular periférica	No ( )	Si ( )
Cirugía Oftalmológica	No ( )	Si ( )
Transfusiones de sangre	No ( )	Si ( )
Tratamientos en base a Hemoderivados	No ( )	Si ( )

Cantidad de actos quirúrgicos practicados en el último año:.....



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

54)

**Prácticas Quirúrgicas Programadas con Internación:**

Cirugía Gastrointestinal	No ( )	Si ( )
Cirugía Bariátrica	No ( )	Si ( )
Cirugía Torácica	No ( )	Si ( )
Cirugía Láser	No ( )	Si ( )
Cirugía Estética	No ( )	Si ( )
Transplante de órganos	No ( )	Si ( )
Traumatología y Ortopedia	No ( )	Si ( )
Proctología	No ( )	Si ( )
Obstetricia	No ( )	Si ( )
Hematología	No ( )	Si ( )
Cirugía General	No ( )	Si ( )
Cirugía O.R.L.	No ( )	Si ( )
Cirugía Ginecológica	No ( )	Si ( )
Cirugía Cardiovascular	No ( )	Si ( )
Cirugía vascular periférica	No ( )	Si ( )
Neurocirugía	No ( )	Si ( )
Cirugía Oftalmológica	No ( )	Si ( )
Cirugía Urológica	No ( )	Si ( )
Atención de partos	No ( )	Si ( )

Cantidad de actos quirúrgicos practicados en el último año:.....

55)

**Servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos**

Kinesiología y Fisiatría	No ( )	Si ( )
Radioterapia	No ( )	Si ( )
Medicina nuclear	No ( )	Si ( )
Radiología intervencionista	No ( )	Si ( )
Hemodinamia	No ( )	Si ( )
Angioplastías	No ( )	Si ( )
Diag. y tratamientos oftalmológicos	No ( )	Si ( )
Litotricia	No ( )	Si ( )
Tratamientos con electroshock	No ( )	Si ( )
Quimioterapia	No ( )	Si ( )
T.A.C. / R.M.N.	No ( )	Si ( )

Banco de sangre	No ( )	Si ( )
Laboratorio de Análisis Clínicos	No ( )	Si ( )
Unidad de Diálisis	No ( )	Si ( )
Farmacia	No ( )	Si ( )

Cantidad de pacientes atendidos en el último año:.....

**Información complementaria de la sección apropiada para cada servicio**

56) Especifique la cantidad de prestaciones médicas programadas brindadas anualmente:

Cirugía Mayor: ..... Cirugía Menor: ..... Cirugía Ambulatoria: .....  
 Cantidad de partos: ..... de cesáreas: ..... Nacidos vivos: .....  
 Nacidos muertos: ..... Defunciones fetales: ..... Defunción neonatológica: .....  
 Actos anestésicos generales: .....

57) **Servicio de Internación / Atención Domiciliaria:**

58) Nombre del Responsable Médico / Jefe del Servicio:.....

Edad: ..... Especialidad: ..... Año de Grad.: .....

Universidad: ..... Matrícula N°:.....

Entidad que otorgó título especialidad: .....

Incumbencias : Conduce atención: ..... Supervisa diag. y tratamiento: .....

59) Cantidad de camas que se atienden mediante esta modalidad de internación:.....

60) ¿Se lleva historia clínica específica para este servicio?	No ( )	Si ( )
61) ¿Son completadas y firmadas las hojas de enfermería?	No ( )	Si ( )
62) ¿Se adjuntan a la historia clínica general del paciente?	No ( )	Si ( )
63) ¿Se dan indicaciones genéricas (ej. calmante según dolor)?	No ( )	Si ( )
64) ¿Se dan indicaciones genéricas (ej. calmante según dolor)?	No ( )	Si ( )

65) **Servicio de Odontología:**

**Información Práctica:**

66) Listado de especialidades y prácticas que realiza el Centro:

Marcar con una cruz:

- a) Diagnóstico (exámenes, Rayos x, etc.).....
- b) Prostodoncia (fija y removible).....
- c) Endodoncia: Uniradiculares..... Multiradiculares.....
- d) Periodoncia:.....
- e) Ortodoncia:.....
- f) Cirugía Oral: Extracciones Simples.....;Remoción de 3° molares inferiores o superiores retenidos.....;Cirugía Ortognática.....; Implantes Restorativos.....; Implantes Quirúrgicos.....
- g) Preventiva:.....
- h) Cirugía buco-máxilo-facial:.....

67) Se emplea láser: No ( ) Si ( )

68) Cantidad de pacientes atendidos en el último año:.....

69) Mencione los servicios de la Institución que se encuentran tercerizados indicando el nombre del Concesionario:

.....

.....

.....

.....

70) Posee contrato legalmente formalizado con los Prestadores de estos servicios: No ( ) Si ( )

**Adjuntar una copia.**

71) Se les exige que mantengan cobertura de R.C. Médica Institucional No ( ) Si ( )

72) Se les solicita copia de la póliza vigente y constancia de pagos: No ( ) Si ( )

73) Indique que tipo de servicio de servicio de Radiología brinda:

Diagnóstico por Rayos X .....

Terapéutica por Rayos X .....

Isótopos radioactivos para propósitos diagnósticos .....terapéuticos.....

Estimación anual del número de exámenes de Rayos X .....

**74) Servicio de Hemoterapia:**

- |  |                                  |                                      |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| El servicio es:                                | Propio: <input type="checkbox"/> | Contratado: <input type="checkbox"/> |
| Se encuentra dentro de la Institución:         | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| El local es de uso exclusivo para este fin:    | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| Cuenta con normas de bioseguridad:             | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| Se solicita consentimiento para HIV:           | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| Y para los dadores y receptores:               | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| El material hemático lleva Protocolo completo: | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| Posee Normas para procesar y almacenar sangre: | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |
| Se realizan estudios serológicos según norma:  | Si: <input type="checkbox"/>     | No: <input type="checkbox"/>         |

**En caso de ser un Servicio Tercerizado adjuntar copia del Contrato con el Prestador.**

**75) Actos Quirúrgicos:**

¿Se les solicita a los pacientes que otorguen “consentimiento para tratamientos médicos o quirúrgicos”?

No ( ) Si ( )

**Adjuntar una copia.**

- 76) ¿Se lleva una historia clínica unificada por paciente: No ( ) Si ( )
- 77) ¿Durante cuanto tiempo se archivan las historias clínicas?.....
- 78) ¿Quién las controla?.....
- 79) ¿Está normatizada la visita pre-anestésica a los pacientes? No ( ) Si ( )
- 80) ¿Queda constancia en la historia clínica? No ( ) Si ( )
- 81) ¿Son completadas y firmadas las hojas de enfermería? No ( ) Si ( )
- 82) ¿Se adjuntan a la historia clínica del paciente? No ( ) Si ( )
- 83) ¿El personal de enfermería recibe indicaciones en forma verbal únicamente? No ( ) Si ( )

- 84) ¿Se dan indicaciones genéricas (ej. calmante según dolor)? No ( ) Si ( )
- 85) Indique el equipo de monitoreo utilizado rutinariamente durante la administración de anestesia local o general en la institución.

Equipos de:

- Monitoreo continuo de la presión sanguínea mediante el empleo de un monitor electrónico o de un tensiómetro standard. No ( ) Si ( )
- Exhibición electrocardiográfica continua. No ( ) Si ( )
- Monitoreo continuo del torrente sanguíneo perif. (monitoreo del pulso) No ( ) Si ( )
- Estetoscopio precordial, esofágico o pretraqueal. No ( ) Si ( )
- Oxímetro del pulso. No ( ) Si ( )
- End-Tidal CO2 No ( ) Si ( )
- Capnómetro No ( ) Si ( )
- Otros: ..... No ( ) Si ( )

- 86) ¿Emplea oxímetro de pulso en las salas de recuperación? No ( ) Si ( )

87) **Quirófanos:**

- 88) Existen delimitaciones entre área limpia y sucia: No ( ) Si ( )
- 89) Existe lugar destinado al lavado y preparación de material: No ( ) Si ( )
- 90) Cuenta con camilla para transporte intraquirófono y área de transferencia de pacientes: No ( ) Si ( )
- 91) Los caños conductores de gases o tubos están marcados con los colores correspondientes: No ( ) Si ( )
- 92) Cuenta con Normas de Limpieza de quirófono: No ( ) Si ( )
- 93) Cuál es el porcentaje de infecciones quirúrgicas: .....
- 94) Es factible seguir la pista desde el momento de la esterilización hasta el regreso al Servicio de Esterilización, de los materiales enviados a cirugía, sea ésta en quirófanos o ambulatoria: No ( ) Si ( )
- 95) Se procede a tomar muestreos periódicos a los efectos de controlar la eficiencia de los equipos de esterilización: No ( ) Si ( )

Mencionar la persona responsable: .....

96) Los comprobantes quedan archivados en carpeta del servicio: No ( ) Si ( )

97) El abastecimiento del agua, tanto a consultorios como a quirófanos, está sometido a controles bacteriológicos: No ( ) Si ( )

98) Cuenta con local donde se prepare y esterilice el material?: No ( ) Si ( )

99) Posee Area de circulación restringida: No ( ) Si ( )

100) Normas escritas de esterilización: No ( ) Si ( )

101) Registro de controles: No ( ) Si ( )

**102) Equipamiento:**

Autoclave: No ( ) Si ( )

Estufa u Horno: No ( ) Si ( )

Detallar:.....

Responsable del Servicio y Especialidad:.....

**103) Laboratorio:**

- La institución ¿tiene un sistema instalado para el tratamiento de desechos infecciosos?

No ( ) Si ( )

**En caso de ser un Servicio Tercerizado adjuntar copia del Contrato con el Prestador.**

**104) Diagnóstico por Imágenes:**

a) ¿Son profesionales todos los técnicos en radiología que trabajan en la institución? No ( ) Si ( )

b) ¿Se utilizan medios de contraste? No ( ) Si ( )

Si la respuesta es afirmativa:

i) ¿Son testeados los pacientes por alergias o reacciones previas a los medios de contraste a utilizar? No ( ) Si ( )

ii) En caso de reacción adversa de algún paciente, ¿tiene la institución normatizadas las instrucciones para seguir? No ( ) Si ( )

**En caso de ser un Servicio Tercerizado adjuntar copia del Contrato con el Prestador.**



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

105) **Centro de Diálisis:**

a) ¿Tiene la institución normas para:

- i) Reutilización de filtros de diálisis? No ( ) Si ( )
- ii) Equipos de mantenimiento? No ( ) Si ( )
- iii) Procedimientos de emergencia? No ( ) Si ( )
- iii) Responsabilidades para Director Médico, Médicos, Enfermeras, Técnicos y Supervisores? No ( ) Si ( )

Cantidad de puestos:.....

Cantidad de pacientes:.....

v) Si es posible el cuidado del paciente en su domicilio ¿Cuál es el lineamiento?

.....

vi) Lineamientos para el tratamiento del agua

¿Debe estar libre de calcio y magnesio? No ( ) Si ( )

Describa equipamiento:

.....

.....

b) ¿Son profesionales todos los técnicos que trabajan en la institución? No ( ) Si ( )

c) Cateterización cardíaca: ¿De qué equipos dispone la institución para resucitación?

.....

.....

**En caso de ser un Servicio Tercerizado adjuntar copia del Contrato con el Prestador.**

106) **Fecundación asistida:**

Métodos:

FIV:.....

GIFT:.....

PROST:.....

ZIFT:.....

ICSI:.....

Ovodonación donantes? ..... Ovodonación receptores? .....

Donación de semen? ..... Criopreservación de ovocitos? .....

Aspiraciones foliculares anuales: ..... Transferencias embrionarias anuales: .....

Cirugías ambulatorias: .....

**En caso de ser un Servicio Tercerizado adjuntar copia del Contrato con el Prestador.**

**107) Servicio de Ambulancia:**

Presta Servicio de atención de urgencias / emergencias en la vía pública en ambulancias de la Institución: Si:  No:

Cantidad de ambulancias: Traslado:.....Urgencias y/o Emergencias:.....

Cantidad de servicios brindados en el último año:.....

Describe equipamiento:.....

.....

.....

Indique cantidad y profesión de la dotación para cada unidad:.....

.....

Detalle de los equipos de comunicación con los que cuenta:.....

.....

108) 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	Nro. de Póliza	Vigencia de Póliza	Suma Asegurada

**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.**

109) ¿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 institución?

Si:  No:

110) ¿Alguna dependencia gubernamental ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la institución o sus licencias?

Si:  No:

111) ¿Ha sido notificada de estar demandada directa o indirectamente, en un siniestro de mala praxis, juicio o incidente?

Si:  No:

112)

**ALTERNATIVAS DE SUMA ASEGURADA**

**Responsabilidad Civil Médica**

**Responsabilidad Civil Comprensiva**

	\$		\$
( )	25.000.-	( )	25.000.-
( )	50.000.-	( )	50.000.-
( )	100.000.-	( )	100.000.-
( )	150.000.-	( )	150.000.-
( )	200.000.-	( )	200.000.-
( )	250.000.-	( )	250.000.-
( )	300.000.-	( )	300.000.-
( )	350.000.-	( )	350.000.-
( )	400.000.-	( )	400.000.-
( )	450.000.-	( )	500.000.-
( )	500.000.-		
( )	750.000.-		

Reposiciones de suma: .....

Reposiciones de suma: .....

113) **Adicionales a la cobertura principal:**

HIV:

R.C. Comprensiva Extracontractual:

Incendio, rayo, explosión, descargas eléctricas y escapes de gas:

Ascensores:

Carteles:

Calderas:   
Uso de armas de fuego por persona habilitada:   
Suministro de alimentos:

114). 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. 5° 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 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.**
- 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**



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

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.

Firma: .....Fecha: ..... / ..... / .....

Aclaración: .....Cargo que ocupa:.....



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

## 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)

### 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.

### 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 ( )

Cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación. SI ( ) NO ( )



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

Balance certificado SI ( ) NO ( )

Detallar otra documentación adjunta: .....

**Referencias comerciales, personales o laborales:**

**Referencia 1**

Apellido: ..... Nombres: .....  
Razón Social: .....  
Tipo y Nº Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi: .....  
Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... Nº:..... Piso:.....  
Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....  
Provincia:..... Teléfono:.....

**Referencia 2**

Apellido: ..... Nombres: .....  
Razón Social: ..  
Tipo y Nº Documento:..... Cuit / Cuil / Cdi: .....  
Domicilio Real/comercial/laboral Calle:..... Nº:..... Piso:.....  
Dpto.:..... Localidad:..... C.P.:.....  
Provincia:..... Teléfono:.....

**DETALLAR MIEMBROS DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

Apellido y nombre	DNI

**SOCIOS QUE CONTROLAN LA SOCIEDAD**

Apellido y nombre	DNI

**ESPACIO ADICIONAL PARA INFORMACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN CASO DE SER NECESARIA**

.....  
.....



THE PROFESSIONAL'S COMPANY  
Aseguradora de Responsabilidad Profesional S.A.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Categoría ante la AFIP:** ..... **Nro. de CUIT:**.....  
(adjuntar copia).

**Nº de Ingresos Brutos:**..... (adjuntar copia)

**Firma:** ..... **Fecha:** ..... / ..... / .....

**Aclaración:** ..... **Cargo que ocupa:**.....