

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE
COBERTURA DE SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
PARA MÉDICOS Y CIRUJANOS**

Advertencia al asegurable

Esta póliza se emite 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. Esta advertencia no es aplicable en caso de que la opción elegida haya sido la cobertura en base a ocurrencias.

NOTA IMPORTANTE: LA ORDEN DE EMISION DE LA PRESENTE COBERTURA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MÍNIMOS:

- A) NOMBRE DEL P.A.S.**
- B) SUMA ASEGURADA SOLICITADA.**
- C) TIPO DE COBERTURA (INCLUIR ADICIONALES CONVENIDOS)**
- D) VIGENCIA DEL SEGURO.**
- E) COSTO ACORDADO CON EL ASEGURADO.**
- F) PLAN DE PAGOS.**
- G) FORMA DE PAGO (PAGO FÁCIL, DÉBITO EN CUENTA, DÉBITO EN TARJETA.)**



FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS

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

1. Nombres del Proponente:

Apellido/s Completo/s: Fecha de Nacimiento: ... / ... / ..
Domicilio particular: Calle.....

Nº.....Piso/Depto.:.....Localidad:.....

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

Domicilio laboral: Calle.....

Nº.....Piso/Depto.:.....Localidad:.....

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

Email:

Nacionalidad:.....

Nº de Documento:

2. Universidad en la que se graduó:

Año de Graduación: / / Título:

Especialidad:

Año en que fue otorgada la especialización: / /

3. Tiene Ud. algún entrenamiento médico adicional? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa, aclare el tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo:

.....
.....

4. Nº de matrícula: Fecha de matriculación: / /



Tipo de matrícula: Completa () Temporaria () Limitada ()

Autoridad que la otorgó:

Otras matrículas:

Enuncie cuáles son las instituciones de las que Ud. es miembro del Staff:

.....
.....

5. Está Ud. asociado, de algún modo, a

a) Alguna entidad sanitaria con internación? NO () SI ()

b) Alguna clínica, banco de sangre o laboratorio? NO () SI ()

c) Alguna organización para mantener la salud, prepaga,
obra social, etc.? NO () SI ()

d) Está Ud. empleado o contratado? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa:

Indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el departamento para el que trabaja

.....

Cuántos días trabaja por semana? Horas por día?

6. En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar:

a) Nombre del Asegurador:

b) Duración del Seguro:

c) Límites previstos de Responsabilidad:

7. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja a parte toda la información posible.

a) Ha estado en prisión por algún acto en contra de la Ley o
Algún decreto (excepto violación de tránsito)? NO () SI ()

b) Ha sido penalizado por algún cuerpo administrativo o
Asociación profesional? NO () SI ()

c) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez
bajo términos especiales su seguro de resp. Profesional? NO () SI ()

d) Ha empleado alguna vez tóxicos, narcóticos u otras drogas psicoactivas que interfieran con su capacidad para cumplir con su deber? NO () SI ()

e) Ha estado alguna vez en algún programa de rehabilitación debido al uso de drogas u alcohol? NO () SI ()

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

Si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestros para cada caso.

g) Ha estado Ud. alguna vez involucrado, directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestro para cada caso.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

9. Ud. administra anestesia? NO () SI ()

Si su respuesta es afirmativa, indique clase de anestesia que utiliza.

* Espinal NO () SI ()

* Caudal NO () SI ()

* General NO () SI ()

* Local NO () SI ()

* Intravenosa NO () SI ()

* Intravenosa analgésica NO () SI ()

* Otras NO () SI ()

La anestesia es administrada en:

* Hospital NO () SI ()

* Dependencias no hospitalarias NO () SI ()

10. Realiza Ud. cirugía plástica cosmética? NO () SI ()

* Rinoplastía NO () SI ()

- * Transplante capilar o sutura de piezas capilares NO () SI ()
- * Inyecciones de siliconas NO () SI ()
- * Implantes de siliconas NO () SI ()
- * Liposucción NO () SI ()
- * Blefaroplastía NO () SI ()
- * Otras cirugías cosméticas NO () SI ()

En caso afirmativo, explique:

.....

.....

11. Realiza Ud. alguno de los siguientes procedimientos considerados quirúrgicos?

	Como Cirujano		Como Asistente	
	NO	SI	NO	SI
1) Cualquier procedimiento quirúrgico que Involucre cortar hacia o dentro del abdomen, Caja torácica, cavidad orbital, senos espinales o faciales?	()	()	()	()
2) Cirugía ortopédica (distinta de operaciones Ortopédicas de articulaciones interfalángicas?	()	()	()	()
3) Algún tipo de amputación?	()	()	()	()
4) Fijaciones metálicas, reducción de fracturas?	()	()	()	()
5) Mastectomía?	()	()	()	()
6) Cirugía plástica o cosmética?	()	()	()	()
7) Cirugía vascular reconstructiva, embolectomía y trombectomía de arterias o venas?	()	()	()	()
8) Cirugía Oftálmica?	()	()	()	()
9) Mastoidectomía?	()	()	()	()

10) Operaciones dentro del oído medio o interno?	()	()	()	()
11) Prostatectomía?	()	()	()	()
12) Resecciones nasales submucosas?	()	()	()	()
13) Tiroidectomía?	()	()	()	()
14) Cirugía neurológica?	()	()	()	()

	Como Cirujano		Como Asistente	
	NO	SI	NO	SI
15) Procedimientos quirúrgicos sobre lesiones Malignas (salvo para propósitos diag.)?	()	()	()	()
16) Cualquier corte hacia o sobre el riñon, uréter o vejiga?	()	()	()	()
17) Miringotomía?	()	()	()	()
18) Adenoidectomía?	()	()	()	()
19) Amigdalectomía?	()	()	()	()
20) Herniorrafia (solamente inguinal o femoral)?	()	()	()	()
21) Hemorroidectomía y otros procedimientos Limitados al esfinter?	()	()	()	()
22) Cuidado y tratamiento de embarazo (incluyen do trabajo de parto y aborto, excluyendo cesáreas)?	()	()	()	()
23) Cirugía Bariátrica	()	()	()	()

12. A continuación, indique algún otro procedimiento que Ud. realice y que sea comúnmente considerado quirúrgico.

.....

.....

13. Realiza algunos de los siguientes procedimientos? (indique si o no)

- | | NO | SI | | NO | SI |
|--------------------------|-----|-----|---------------------------------------|-----|-----|
| a) Amniocentesis | () | () | j) Transplante de órganos | () | () |
| b) Arteriografía | () | () | k) Paracentesis | () | () |
| c) Broncoscopía | () | () | l) Polipeptomía mediante endosc. | () | () |
| d) Quimioterapia | () | () | m) Diálisis | () | () |
| e) Criocirugía | () | () | n) Toracocentesis | () | () |
| f) Abrasión dérmica | () | () | o) Cateterización arterial o cardíaca | () | () |
| g) Endoscopía (explique) | () | () | p) Terapia quelante | () | () |
| h) Terapia Laser | () | () | q) Venografía | () | () |
| i) Mielografía | () | () | | | |

Describe los procedimientos:

.....

.....

.....

ESPECIALISTAS

14. Anestesia

- a) Practica Ud. alguna otra especialidad médica o quirúrgica además de la Anestesia? NO () SI ()

b) Describa la especialidad médica o quirúrgica realizada.

.....

.....

- c) Emplea o ha asumido tareas de supervisión sobre personal médico? NO () SI ()

En caso afirmativo, explique:

.....

.....

15 Dermatólogos:

- a) Realiza terapia superficial con Rayos x? NO () SI ()

- b) Realiza cirugía cosmética? NO () SI ()

En caso afirmativo, explique:

.....
.....

16. Obstetras y Ginecólogos:

- a) Limita sus prácticas solamente a la ginecología? NO () SI ()
b) Realiza partos domiciliarios o no hospitalarios? NO () SI ()

17. 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:

18.-Oftalmólogos:

- a) Realiza prácticas quirúrgicas? NO () SI ()

En caso afirmativo, describa que tipo de prácticas:

.....
.....

19.-Otorrinolaringólogos:

- a) Realiza cirugía cosmética? NO () SI ()

En caso afirmativo, explique:

.....
.....

20.-Cirujanos Generales, Torácicos, Vasculares, Abdominal, Gastroenterólogos:

- a) Realiza trasplantes de órganos? NO () SI ()
 En caso afirmativo, qué tipos?

- b) Realiza alguna cirugía categorizada como
 * Cirugía ortopédica NO () SI ()
 * Neurocirugía NO () SI ()
- c) En caso de realizar cirugía bariátrica:
 1.- Indicar grado de capacitación y experiencia en este tipo de cirugía:.....

 2.- Especificar tipo de cirugía bariátrica que desarrolla:.....

- 3.- Utiliza Protocolo para la selección de pacientes: NO () SI ()
 4.- Utiliza Consentimiento Informado específico: NO () SI ()
- 21.-Urólogos:
- a) Realiza implantes de prótesis? NO () SI ()
 b) Realiza trasplantes de órganos NO () SI ()
 c) Realiza cambios de sexo? NO () SI ()
 En caso afirmativo, explique:

- 22.-Cirujanos Ortopédicos o Neurológicos:
- a) Realiza los cuidados primarios en traumas espinales e importantes? NO () SI ()
 b) Realiza laminectomías lumbares? Cuántos realiza actualmente? NO () SI ()
 c) Realiza laminectomías cervicales? Cuántos realiza actualmente? NO () SI ()
 d) Realiza artrodecis espinal? Cuántas realiza actualmente? NO () SI ()
 e) Realiza disectomías cervicales anteriores? NO () SI ()
 Cuántas realiza actualmente?



- f) Realiza implantes articulares? NO () SI ()
- g) Realiza cirugía de escoliosis? NO () SI ()
- h) Realiza implantes neuroquirúrgicos para tratar el dolor? NO () SI ()
- i) Realiza cirugía esterotáxica? NO () SI ()

En caso afirmativo, qué tipos?

.....
.....

23. Alternativas de suma asegurada:

- () 25.000.-
- () 50.000.-
- () 100.000.-
- () 150.000.-
- () 200.000.-
- () 250.000.-
- () 300.000.-

24. Alternativas de tipo de cobertura:

TPC PURO () TPC FULL () TPC 10 () TPC OCURRENCIA ()

Ver Notas (I) (II) (III) (IV)

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 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 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 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,II y III. Distintas Alternativas de Cobertura:

(I) TPC Puro: Es la 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: Es la 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: Es una Cobertura igual a la anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

(IV) TPC Ocurrencia: Es la 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:

Nro. De CUIT:

Categoría ante la AFIP: (adjuntar fotocopia de CUIT).

Situación frente al IVA: **Responsable Inscripto**
 Responsable No Inscripto
 Exento
 Monotributo.-
 Consumidor Final.-

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



ANEXO LEY 25.246 - Personas Físicas

Para primas mayores a \$ 50.000, se considerarán el total de primas anuales de todos los ramos)

IMPORTANTE:

Los siguientes datos del solicitante que figuran a continuación 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:

- Identificación del cesionario o beneficiario.
- Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- 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.-

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?**

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

Detallar la documentación adjunta:

Referencias comerciales, personales o laborales:

Referencia 1



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

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:.....