

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE
RENOVACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
PARA INSTITUCIONES
MONOVALENTES O POLIVALENTES**

**FORMULARIO DE RENOVACION PARA POLIZAS DE RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL MEDICA PARA INSTITUCIONES
MONOVALENTES O POLIVALENTES**

1. Nombre de la Empresa:

Dirección:

Localidad: Provincia: C.P.:

Email:

2. Nombre y Apellido del Director Médico:

3. Existen otras ubicaciones para esta entidad? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa, por favor, indíquelas y describa la actividad que se desarrolla en ellas: (Ej.: Captación de afiliados, recepción de pedidos de servicios, consultorios externos, centro de espera de médicos y/o vehículos equipados, etc.)

.....

.....

4. Se ha incorporado algún servicio nuevo a la institución? NO () SI ()

En caso afirmativo, indique en hoja adjunta, cantidad de profesionales del servicio, equipamiento, etc.

5. Ha sido notificada la Empresa, 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 o por honorarios?

NO () SI ()

En caso afirmativo, sírvase completar el formulario adjunto.

6. Suma Asegurada Solicitada: Fecha de venc.: / /

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. 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.

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.

(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.

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)

Firma:

Fecha: / /

Aclaración:

Cargo que ocupa:.....