

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE
RENOVACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
PARA MEDICOS Y CIRUJANOS**

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

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 o bien dentro de los cinco años siguientes a su vencimiento o rescisión.



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

FORMULARIO DE PROPUESTA DE RENOVACIÓN PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MEDICOS CLÍNICOS Y CIRUJANOS

Renovación Póliza N°:.....

1. Nombre del Proponente :

Dirección:

Localidad: Provincia: C.P.:

Email:

2. ¿Tiene Ud. Alguna especialidad médica adicional a la declarada el último año? NO () SI ()

Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de especialidad, dónde y cuándo la obtuvo?

.....
.....

3. Indique los nombres y las ubicaciones de las entidades, así como el departamento para los cuales trabaja en cada una de ellas.

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

4. ¿ Cuántos días trabaja por semana? ¿Horas por día?

5.Cantidad de pacientes ambulatorios que atiende al mes:

Cantidad de actos quirúrgicos que practica al mes

(incluidos partos y cesáreas):

6. ¿ Realiza Ud. Algún procedimiento adicional, o a dejado de hacerlo, respecto de los ya declarados?

Explique:

.....
.....

7. Ha sido notificado Ud., alguna vez, de estar demandado o codemandado por algún reclamo originado en su Responsabilidad Profesional Médica? NO () SI ()

En caso afirmativo, sírvase completar el formulario de declaración de siniestros.

8.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 forme 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.

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 cinco años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.**

Firma del Proponente: Fecha: / /

Aclaración:

Categoría ante la DGI:

N° de CUIT: (adjuntar fotocopia de CUIT)