

### 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 de contratado.

Nombre del Grupo:				
Nombres y Apellidos del Tomador:				
Tipo y Número de Documento:			N° CUIT:	
Categoría ante la DGI:				
Condición de IVA:			N° de Inscripción de IIBB:	
Mail:		Teléfonos:		
Sitio Web:				
Domicilio principal:				CP:
Localidad:			Provincia:	
Número de años desde la constitución del Grupo:				
¿Funcionó antes con otro nombre?				
Nómina de las compañías aseguradoras que cubrieron al Grupo en los últimos tres años (en caso de que ya estuviera formado):				
Compañía	Póliza	Vigencia	Límite	Cobertura
¿Se encuentra el Grupo, en la actualidad, trabajando sin cobertura de seguro? (en caso de que ya estuviera formado)				
Si: ¿Por qué?				
No:				
¿Algún integrante del Grupo está notificado fehacientemente, o enterado de algún hecho o circunstancia, en los últimos 3 años, que lo haga suponer que podrá recibir una demanda por mala práctica médica próximamente?				
Si: Explique:				
No:				
¿Ha sido algún integrante del Grupo, demandado por mala práctica médica independientemente del resultado de la demanda o denuncia penal?				
Si: En caso afirmativo, complete en hoja por separado, una por cada demanda, indicando: carátula, radicación, motivo del reclamo, especialidad involucrada, status actual del juicio. En caso de no saber, indique nombre, dirección y teléfono del abogado a cargo (esta información deberá ser brindada dentro de los 60 días de la firma de esta solicitud).				
No:				
Número estimado de pacientes que serán atendidos durante la vigencia de la póliza por todos los integrantes del Grupo:				

Número de actos quirúrgicos estimados durante la vigencia de la póliza (incluidos partos y cesáreas)		
<b>Tipos de prácticas quirúrgicas habituales:</b>		
<b>Prácticas</b>	<b>Cantidad de Especialistas que las Realiza</b>	
¿Tiene el Grupo Instituciones Médicas Prestadoras Propias?	Si:	No:
En caso afirmativo, describa:		
¿Presta el Grupo como tal, servicios del cuidado de la salud a Obras Sociales o Empresas de Medicina Pre-paga?		
Si: ¿Cuáles?		
No:		
Provee el Grupo servicios de cuidado de la salud a través de servicios externos, tales como:		
Radiología:	Farmacia:	Diálisis:
Ambulancias:	Fisioterapia:	TAC:
Laboratorio:	Prótesis:	Medicina Nuclear:
¿Estos son servicios utilizados para otros pacientes o solamente para los del Grupo (en caso de que el Grupo sea una Sociedad)?		
Si:	Explique:	
No:		
¿Tiene el Grupo algún sistema de revisión de las historias clínicas y de evaluación de la calidad de la prestación del servicio?		
Si: ¿Cuál es el sistema?:		
No:		
Asume el Grupo formado o la entidad que los nuclea, la Responsabilidad Civil Profesional de los integrantes a través de un contrato, con Obras Sociales, Empresas, etc. En caso afirmativo, por favor agregar una fotocopia de ese contrato firmado en todas sus páginas por el responsable principal del grupo.		Si:      No:
¿Conoce usted alguna situación por la cual algún integrante del Grupo haya demandado a otro del mismo Grupo o haya colaborado para que sea demandado?		Si:      No:
En caso afirmativo, Explique		

Por favor, acompañe a esta propuesta una nota redactada en papel membrete del Grupo, firmado por el responsable principal, solicitando la cobertura (en caso de que el Grupo estuviera constituido formalmente)

Listado de los profesionales integrantes del Grupo: Acompañar en un documento de Excel los siguientes datos: Nombre y apellido del profesional, especialidad, matrícula, DNI, domicilio y teléfono

**ANTECEDENTES SINIESTRALES**

Fecha Acto Médico	Especialidad Involucrada	Importe Reclamado y/o Indemnizado	Estado Actual (Juicio, Mediación, Etapa Procesal, Cerrado)

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN;
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N.º 21.526;
- c) Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N.º 25.065;
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SSN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.º 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o Tomador a favor de la Aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente apartado.

Autorización Pago Debito Automático: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito. en un todo de acuerdo a la resolución N.º 21.900 de la Superintendencia de Seguros De la Nación.

Tarjeta de Crédito	CBU
Nº Tarjeta:	Nº CBU:
Vencimiento:	Tipo de Cuenta:
Entidad Bancaria	Entidad Bancaria:

Producto:	TPC full 3: Es la cobertura base reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de tres (3) años, contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.		
Suma asegurada requerida:	(Mínimo pesos \$250.000)		
Fecha de Inicio del Seguro:			
Exclusivamente durante la práctica en:		Para todas las prácticas:	
Reposiciones:	Sin Reposiciones:	Una:	Dos:

**DECLARACIÓN**

**JURADA**

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.

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

Se deja constancia que la máxima autoridad del grupo, quien firma más abajo, se compromete a poner en conocimiento de los integrantes del grupo las condiciones y cláusulas del contrato de seguro.

Firma, como tomador, el representante autorizado por el grupo, e inicial a todas sus páginas.

Firma:	Fecha: _____/_____/_____
Aclaración:	Lugar:
Productor:	Comisión:

**IMPORTANTE:** En caso de contratar el seguro solicitado, deberá acompañar la presente solicitud con los formularios UIF y PEP correspondientes, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web: <http://www.webtpc.com/index.php/servicios/formularios>