

### 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 DEBERA ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MINIMOS:

- 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.

### FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA MÉDICOS

1. Nombres del Proponente: \_\_\_\_\_  
Apellido/s Completo/s: \_\_\_\_\_ Fecha 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:  
Mes y año de Graduación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_
3. Especialidad/es que acredita:  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_  
Año en que fue otorgada la especialización:     /     /
4. Desea cubrir las prácticas quirúrgicas inherentes a su especialidad? NO ( ) SI ( )  
a) En caso afirmativo, utiliza formulario de consentimiento informado específico? NO ( ) SI ( )
5. Realiza Ud. Transplantes de Organos: NO ( ) SI ( )  
a) Forma Ud. parte de un equipo que realiza transplantes: NO ( ) SI ( )  
b) Cuales son sus incumbencias profesionales y que prácticas realiza dentro del equipo de transplante?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
c) Está actualmente Habilitado por el INCUCAI: NO ( ) SI ( )

6. Cuenta Ud. con el entrenamiento médico requerido por el Colegio Médico al cual pertenece, para llevar a cabo las prácticas que realiza habitualmente? NO ( ) SI ( )  
 Por favor aclare el tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. N° de matrícula: \_\_\_\_\_ Fecha de matriculación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Tipo de matrícula: Completa ( ) Temporaria ( ) Limitada ( )  
 Autoridad que la otorgó: \_\_\_\_\_  
 Otras matrículas: \_\_\_\_\_
8. Enuncie cuáles son las Instituciones de las que Ud. ejerce su actividad Profesional:
9. Residencias y/o Concurrencias: \_\_\_\_\_  
 a) Actualmente está cursando alguna Residencia: NO ( ) SI ( )  
 En caso afirmativo detalle especialidad de Residencia Básica:  
 Cantidad de años cursados: \_\_\_\_\_  
 Especialidad de Residencia Post-Básica: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de años cursados: \_\_\_\_\_  
 Otras Residencias cursadas: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de años cursados: \_\_\_\_\_  
 b) Actualmente está prestando servicios en calidad de Concurrente: NO ( ) SI ( )  
 En caso afirmativo detalle Servicio, Institución, Especialidad y Antigüedad: \_\_\_\_\_
10. Respecto de las Instituciones donde brinda sus Servicios Profesionales:  
 a) Es Ud. integrante del Directorio y/o Accionista de la Empresa? NO ( ) SI ( )  
 b) Actúa como Jefe de Equipo y/o de Servicio? NO ( ) SI ( )  
 c) Tiene a su cargo la Dirección ó Subdirección Médica? NO ( ) SI ( )  
 d) Trabaja en Relación de Dependencia? NO ( ) SI ( )  
 Si alguna de las alternativas es afirmativa, por favor indique el nombre legal y la ubicación de la Entidad, así como el Departamento y/o Area para la que trabaja y qué obligaciones tiene como tal?  
 \_\_\_\_\_  
 e) ¿es ud. médico de staff? NO ( ) SI ( )  
 f) Realiza guardias? NO ( ) SI ( )  
 g) Cuantas horas de duración tienen las guardias que realiza?  
 h) Continúa con su actividad profesional inmediatamente de terminada la guardia? NO ( ) SI ( )
11. Trabaja Ud. actualmente en o para alguna Empresa de Emergencias Médicas y/o de Internación Domiciliaria: NO ( ) SI ( )  
 a) Favor de especificar: Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_  
 b) Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_  
 c) Días y horario de trabajo: \_\_\_\_\_
12. En caso de contar con seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica vigente, sírvase especificar:  
 a) Nombre del Asegurador:  
 Modalidad de contratación: Base Reclamo: NO ( ) SI ( )  
 Base Ocurrencia: NO ( ) SI ( )  
 b) Suma asegurada contratada: \_\_\_\_\_
13. Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja a parte toda la información posible.  
 a) Ha sido penalizado por algún cuerpo administrativo o Asociación profesional? NO ( ) SI ( )  
 b) Le han rechazado, anulado o no renovado alguna vez su seguro de Responsabilidad Civil Profesional? NO ( ) SI ( )  
 c) Conoce hechos o circunstancias que puedan dar lugar en el futuro a reclamos o juicios en su contra? NO ( ) SI ( )  
 d) Ha sido Ud. reclamado directa o indirectamente, o está actualmente en litigio judicial por algún caso de praxis médica? NO ( ) SI ( )  
 En caso afirmativo, complete un formulario de recolección de datos de siniestros por cada caso.

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

14. ¿Realiza alguna de las siguientes prácticas, aun no siendo de su especialidad pero que sí obtuvo el entrenamiento profesional correspondiente para ellas?

	NO	SI
a) Canalización Venosa (Flebotomía Quirúrgica)	( )	( )
b) Acceso Venoso Central Percutaneo	( )	( )
c) Quimioterapia	( )	( )
d) Abrasión Dérmica	( )	( )
e) Terapia con Láser	( )	( )
f) Diálisis Peritoneal	( )	( )
g) Hemodiálisis	( )	( )
h) Anestesia (explique que tipo)	( )	( )
i) Punciones (detalle que tipo)	( )	( )
j) Asiste partos (excluyendo cesáreas)	( )	( )
k) Otros procedimientos invasivos (detalle)	( )	( )

Información adicional sobre los procedimientos que realiza:

---



---



---



---



---

**ESPECIALDADES MEDICAS ESPECIFICAS**

15. Anestesia:

a) Por favor informe tipos de Anestesia que aplica y el porcentaje sobre el total de actos anestésicos que realiza

Tipo de Anestesia	Porcentaje
Espinal	% <hr/>
Caudal	% <hr/>
General	% <hr/>
Local	% <hr/>
Intravenosa	% <hr/>
Intravenosa analgésica	% <hr/>
Otras	% <hr/>

b) Informe cantidad de actos anestésicos mensuales estimados 

---

c) Realiza visitas preanestésicas? NO ( ) SI ( )

d) Quedan documentadas? Cómo? 

---

e) Implanta catéteres habitualmente? NO ( ) SI ( )

f) Realiza prácticas o tratamientos de Medicina del Dolor? NO ( ) SI ( )

16. Dermatólogos:

Realiza aplicaciones de botox o colágeno habitualmente? NO ( ) SI ( )

17. Cardiología:

Realiza Cardiología Intervencionista? NO ( ) SI ( )

Enumere procedimientos que realiza:

---



---

18. Ginecología:

Asiste patología mamaria en su faz clínica? NO ( ) SI ( )

Asiste patología mamaria en su faz quirúrgica? NO ( ) SI ( )

19. Oftalmología:

a) Realiza Blefaroplastías? NO ( ) SI ( )

b) Realiza transplantes de córnea? NO ( ) SI ( )

## 20. Otorrinolaringología:

- a) Realiza habitualmente implantes? NO ( ) SI ( )  
 En caso afirmativo, por favor explique tipo de implantes y cantidad de procedimientos anuales:

---



---



---

- b) Realiza intervenciones de cirugía plástica? NO ( ) SI ( )  
 c) En caso afirmativo detalle el tipo de intervenciones que realiza y cantidad de prácticas anuales:

## 21. Traumatología:

- a) Realiza cirugía de columna? NO ( ) SI ( )  
 b) Realiza habitualmente implantes? NO ( ) SI ( )

## 22. Cirugía Bariátrica:

- a) Indicar grado de capacitación y experiencia en este tipo de cirugía:

---



---



---

- b) Especificar tipo de cirugía bariátrica que desarrolla:

---



---



---

- c) Utiliza Protocolo para la selección de pacientes: NO ( ) SI ( )  
 d) Utiliza Consentimiento Informado específico: NO ( ) SI ( )  
 e) Indicar institución donde realiza esta práctica: \_\_\_\_\_

## 23. Radiología / Diagnóstico por Imágenes:

- a) Sus prácticas habituales incluyen la Radioterapia?: NO ( ) SI ( )  
 b) Aplicación de Radioisótopos a pacientes:  
 Con fines diagnósticos: NO ( ) SI ( )  
 Terapéuticos: NO ( ) SI ( )

## 24. Alternativas de suma asegurada:

PESOS	DOLARES
( ) 120.000.-	( ) 35.000.-
( ) 150.000.-	( ) 50.000.-
( ) 200.000.-	( ) 75.000.-
( ) 250.000.-	

## 25. Alternativas de tipo de cobertura:

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

## COBERTURAS ADICIONALES REQUERIDAS

HIV SIDA ( ) Jefe de Equipo ( ) Jefe de Servicio ( ) 2da. Reposición ( ) Excluir Franquicia ( )

## 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>

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ Nro. De CUIT: \_\_\_\_\_

Situación frente al IVA (adjuntar copia de comprobante):

- ( ) Responsable Inscripto  
 ( ) Exento  
 ( ) Monotributo  
 ( ) Consumidor Final