

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 contratado.

Nombres y Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	
Tipo y Número de Documento:	CUIT:	
Categoría ante la DGI:		
Condición de IVA:	Condición de IIBB:	
Mail:	Teléfonos:	
Sitio Web:		
Domicilio Particular:	CP:	
Localidad:	Provincia:	
Domicilio Profesional:	CP:	
Localidad:	Provincia:	
Universidad en la que se graduó:	Año de Graduación:	
Título Obtenido:		
Especialidad/es que acredita:	a)	
	b)	
	c)	
Año en que fue otorgada la especialización:		
¿Desea cubrir las prácticas quirúrgicas inherentes a su especialidad?:	Si:	No:
En Caso Afirmativo, Utiliza formulario de consentimiento informado específico	Si:	No:
Realiza Ud. Trasplante de Órganos	Si:	No:
Está actualmente Habilitado por el INCUCAI:	Si:	No:
Actualmente está cursando alguna Residencia:	Si:	No:
Actualmente está prestando servicios en calidad de Concurrente:	Si:	No:
¿Cuántos días trabaja por semana?:	Horas por día:	
Nº de Matrícula:	Fecha de Matriculación:	
Enuncie cuáles son las Instituciones de las que Ud. ejerce su actividad Profesional:		
Respecto de las Instituciones donde brinda sus Servicios Profesionales:		
¿Es Ud. integrante del Directorio y/o Accionista de la Empresa?	Si:	No:
¿Actúa como Jefe de Equipo y/o de Servicio?	Si:	No:
¿Tiene a su cargo la Dirección ó Subdirección Médica?	Si:	No:
¿Trabaja en Relación de Dependencia?	Si:	No:

¿Realiza Guardias?			Si: ¿Cuántas horas?		No:
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS					
Sin haber obtenido una especialización acorde a la práctica. ¿Realiza Ud. algunos de los siguientes procedimientos para los que sí obtuvo previamente el entrenamiento profesional correspondiente?					
Canalización Venosa (Flebotomía Quirúrgica)	Si:	No:	Acceso Venoso Central Percutáneo	Si:	No:
Quimioterapia	Si:	No:	Abrasión Dérmica	Si:	No:
Terapia con Láser	Si:	No:	Diálisis Peritoneal	Si:	No:
Hemodiálisis	Si:	No:	Anestesia (explique qué tipo)		
Punciones (detalle que tipo)	Si:	No:	Asiste partos (excluyendo cesáreas)	Si:	No:
Otros procedimientos invasivos (detalle)					
Información adicional sobre los procedimientos que realiza:					
Información adicional sobre Especialidades Específicas:					
Anestesia: Por favor informe tipos de Anestésias que aplica y el porcentaje sobre el total de actos anestésicos que realiza					
Tipo de Anestesia	Porcentaje	Tipo de Anestesia	Porcentaje		
Espinal		Caudal			
General		Local			
Intravenosa		Intravenosa analgésica			
otras:					
Informe cantidad de actos anestésicos mensuales estimados:					
¿Realiza visitas preanestésicas?				Si:	No:
¿Implanta catéteres habitualmente?				Si:	No:
¿Realiza prácticas o tratamientos de Medicina del Dolor?				Si:	No:
Dermatólogos:					
¿Realiza aplicaciones de Botox o colágeno habitualmente?				Si:	No:
Cardiología:					
¿Realiza Cardiología Intervencionista?				Si:	No:
Ginecología:					
¿Asiste Patología Mamaria En Su Faz Clínica?				Si:	No:
¿Asiste patología mamaria en su faz quirúrgica?				Si:	No:

Oftalmología:		
¿Realiza Blefaroplastias?	Si:	No:
Realiza trasplantes de córnea	Si:	No:
Otorrinolaringología		
¿Realiza habitualmente implantes?	Si:	No:
¿Realiza intervenciones de cirugía plástica?	Si:	No:
Traumatología:		
¿Realiza cirugía de Columna?	Si:	No:
Cirugía Bariátrica: Indicar grado de capacitación y experiencia en este tipo de cirugía		
¿Utiliza Protocolo para la selección de pacientes?	Si:	No:
Radiología/ Diagnóstico por Imágenes		
¿Sus prácticas habituales incluyen la Radioterapia?	Si:	No:
Aplicación de Radioisótopos a pacientes	Si:	No:

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° 21.526;
- c) Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N° 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° 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 Débito Automático: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi <u>Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito</u> , 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)						
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.

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.

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/>