

FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS



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 del Período Extendido de Denuncia de siniestros (PED) contratado.

- Instrucciones: 1. Todas las preguntas deben ser respondidas.
2. Escriba a máquina o con letra de imprenta.

- 1) Nombre de la Institución (entidad): _____
2) Ubicación de la entidad: Calle: _____ N° _____
3) Localidad: _____ Provincia: _____
4) Números de teléfono: _____
5) Dirección de correo electrónico (e-mail): _____
6) Habilitación de Salud Pública: Categoría: _____ Expte N°: _____ Año: _____
7) ¿Existen otras ubicaciones para esta entidad? No () Si () _____

8) Nombre del propietario de la entidad: _____
9) El propietario es: Un individuo () Una soc. () Una soc. sin fines de lucro () Otro ()
10) Si la respuesta es otro, por favor explique: _____

11) ¿Cuánto tiempo hace que la entidad es propiedad de los actuales dueños? _____
12) ¿Anteriormente la Institución estaba registrada bajo otro nombre? Indicar _____

13) Nombre del Director (es) Médico: _____
Edad: _____ Especialidad: _____ Año de Grad.: _____
Universidad: _____ Matrícula N°: _____
Entidad que otorgó título especialidad: _____

Incumbencias : Conduce atención: _____ Supervisa diag. y tratamiento: _____

14) Nombre del Administrador: _____
Edad: _____ Profesión: _____ Año de Grad.: _____
Incumbencias: _____

15) Representante autorizado para los asuntos de seguros: _____
Nombre: _____ Título: _____
Cargo que ocupa en la Institución: _____

16) ¿Está esta Institución registrada como sin fines de lucro? Si: _____ No: _____
17) Cantidad de plantas de la edificación incluyendo P.B. y Subsuelos: _____
18) Superficie cubierta: _____
19) ¿Posee pisos antideslizantes? Si: _____ No: _____
20) ¿Posee salidas de emergencia? Si: _____ No: _____
Favor de indicar si posee:
21) Entrada exclusiva para ambulancias: Si: _____ No: _____
22) Cantidad de ascensores y/o montacargas: _____
23) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento? _____

24) Calderas: Si:____ No:____
25) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

26) Carteles: Si:____ No:____
Cantidad?

27) ¿Posee carteles instalados en columnas ubicadas en la acera o cruzando la calzada? Si:____ No:____
Medidas de Seguridad: _____

28) Posee escaleras contra incendio y puertas cortafuegos: Si:____ No:____

29) Posee matafuegos tipo A, B, C: Si:____ No:____

30) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

31) Rociadores automáticos: Si:____ No:____

32) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

33) Detectores de humo: Si:____ No:____

34) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

35) Salidas de emergencia: Si:____ No:____

Vigilancia privada: Si:____ No:____

36) La Empresa de vigilancia se encuentra habilitada para la portación de armas de fuego:
Si:____ No:____

38) Sistema de circuito de TV: Si:____ No:____

39) Sistema de protección de circuitos eléctricos: Si:____ No:____

Describe:_____

40) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

41) Existe un plan de evacuación para el caso de emergencias: Si:____ No:____

42) Con que frecuencia se revisa el mismo:_____ (adjuntar copia)

43) Distancia del cuartel de bomberos mas cercano:_____ De policia: _____

44) Generador de energía eléctrica en caso de corte del suministro: Si: No:

45) ¿Cada cuanto tiempo se realizan tareas de mantenimiento y verificación de funcionamiento?_____

46) Tipo de internación: (marque con una cruz la que corresponda)

Autovalidos		Geriatricos	
Semidependientes		Geronto-Psiquiatricos	
Dependientes		Demenciados	

En caso de otro, describa:_____

47) INFORMACION PRACTICA

- a) Cantidad de camas de internación general _____
- b) Camas Ortopédicas _____
- c) Cantidad de camas individuales _____
- d) Cantidad de camas triples _____

48) Indique la cantidad de médicos en relación de dependencia, de staff, por honorarios y contratados:

Clínicos		Psicólogos	
Psiquiatrías		Otros:	

49) Indique la cantidad de personal auxiliar empleado / contratado por la entidad

Enfermeras _____
Asistentes geriátricos _____
Otros (describa) _____

PRACTICA Y TRATAMIENTOS

50) Prácticas ambulatorias en consultorios:

Clínica Médica No () Si ()
Geriatría No () Si ()
Psiquiatría/Psicología No () Si ()

Cantidad de pacientes atendidos en el último año: _____

51) Mencione los servicios de la Institución que se encuentran tercerizados indicando el nombre del Concesionario:

52) Posee contrato legalmente fomalizado con los Prestadores de estos servicios: No () Si ()
Adjuntar una copia.

53) Se les exige que mantengan cobertura de R.C. Médica Institucional No () Si ()

54) Se les solicita copia de la póliza vigente y constancia de pagos: No () Si ()
Adjuntar una copia.

55) ¿Se lleva una historia clínica por paciente: No () Si ()

56) ¿Durante cuanto tiempo se archivan las historias clínicas? _____

57) ¿Quién las controla? _____

58) ¿El personal de enfermería recibe indicaciones en forma verbal únicamente? No () Si ()

59) ¿Se dan indicaciones genéricas (ej. calmante según dolor)? No () Si ()

60) Por favor, enuncie los nombres y fechas de las pólizas de todas las Compañías de seguros que han asegurado por responsabilidad profesional a la institución en los últimos cinco años.

Compañía	Número de Póliza	Período de Póliza	Límites

NOTA: Si su respuesta es afirmativa para alguna de las siguientes preguntas, deberá proveer una descripción escrita así como la documentación pertinente.

61) ¿Alguna compañía de seguros ha cancelado, declinado o modificado la cobertura (ej. reducción de límites, restricción de la cobertura etc.) o rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional de la institución? Si: _____ No: _____

62) ¿Alguna dependencia gubernamental ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la institución o sus licencias? Si: _____ No: _____

63) ¿Ha sido notificada de estar demandada directa o indirectamente, en un siniestro de mala praxis, juicio o incidente? Si: _____ No: _____

Si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestro adjunto por cada juicio y provea una descripción por escrito del motivo del reclamo y del estado procesal de cada juicio.

COBERTURA SOLICITADA

64) TPC "FULL 2": _____ TPC "FULL 5": _____ TPC "FULL 10": _____

65) Adicionales a la cobertura principal: _____

HIV: _____ R.C. Comprensiva Extracontractual: _____

Incendio, rayo, explosión, descargas eléctricas y escapes de gas: _____

Ascensores: _____

Carteles: _____

Calderas: _____

Uso de armas de fuego por persona habilitada: _____

Suministro de alimentos: _____

Servicio de atención de urgencias / emergencias
en la vía pública en ambulancias de la Institución:

Si: _____ No: _____

66) ALTERNATIVAS DE SUMA ASEGURADA

Responsabilidad Civil Médica

Responsabilidad Civil Comprensiva

	\$		\$
()	120.000.-	()	120.000.-
()	150.000.-	()	150.000.-
()	200.000.-	()	200.000.-
()	250.000.-	()	250.000.-
()	300.000.-	()	300.000.-
()	350.000.-	()	350.000.-
()	400.000.-	()	400.000.-

Reposiciones de suma: _____

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 mentado 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 retención, 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 (II y V)

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:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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:

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.

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.

TPC Full 2: Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 2 años contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

TPC Full 5: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años.

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de responsabilidad civil en base a reclamos (Claims Made) 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 y cargas 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.ar>

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Aclaración: _____ Cargo que ocupa: _____

Categoría ante la AFIP: _____ Nro. de CUIT: _____

Nº de Ingresos Brutos: _____ Es Multilateral?: No () Si ()