

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 según la opción elegida.

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.
- G) FORMA DE PAGO (PAGO FACIL, DEBITO EN CUENTA, DEBITO EN TARJETA.)

FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA FARMACÉUTICOS

1. Nombres del Proponente: _____
Apellido/s Completo/s: _____ Fecha de 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: _____
Actividad que desarrolla diariamente: _____
2. Universidad en la que se graduó: _____
Año de Graduación: _____ Título: _____
Especialidad: _____
Año: Entidad Otorgante: _____
3. ¿Tiene Ud. algún entrenamiento médico adicional? NO () SI ()
Si la respuesta es afirmativa, aclare el tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo: _____

4. Nº de matrícula: _____ Fecha de matriculación: ___/___/_____
Tipo de matrícula: Completa () Temporaria () Limitada ()
Autoridad que la otorgó: _____
Otras matrículas: _____
5. Enuncie si en alguna Institución Ud. es miembro de staff, Jefe de Departamento, Servicio o similar: _____

6. Está Ud. asociado, contratado, a porcentaje o por honorarios o de algún otro modo a:
1) Alguna Institución médica con o sin internación? NO () SI ()
2) Alguna Clínica psiquiátrica, Banco de sangre o Laboratorio de análisis clínicos? NO () SI ()
3) Alguna Entidad médica pre-paga? NO () SI ()
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y el domicilio de la Entidad, así como el del Departamento o Servicio y el tipo de actividad que desarrolla: _____

7. Trabaja Ud. en una Farmacia? NO () SI ()
Es propia? NO () SI ()
Es Ud. Director Técnico en ella? NO () SI ()
Nombre: _____
Dirección: _____
Cantidad de empleados: _____ Cantidad de farmacéuticos: _____
Es Ud. Director Técnico en algún otro establecimiento: NO () SI ()
8. Se preparan allí recetas magistrales?: NO () SI ()
9. Se aplican allí inyecciones intramusculares o endovenosas: NO () SI ()
Quién lo hace?: _____ Profesión: _____

FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE SEGURO DE RC MEDICA PARA FARMACÉUTICOS



10. Se dispensan allí productos cosméticos preparados en el lugar? NO () SI ()
11. Se dispensa allí material aséptico?: NO () SI ()
12. Llevan allí Libro Recetario?: NO () SI ()
En caso afirmativo, tome nota del último ingreso documentado: _____

13. Llevan allí Libro de Alcaloides y Psicotrópicos?: NO () SI ()
En caso afirmativo, tome nota de la fecha de apertura y del último ingreso documentado: _____

14. En el caso de trabajar en algún Servicio de Farmacia de Institución pública o privada, realiza Ud. diariamente el seguimiento de las indicaciones médicas de acuerdo al estado clínico del enfermo y la farmacología de lo prescripto. NO () SI ()
15. En caso afirmativo, explique cómo lo hace y cómo documenta los errores médicos: _____

16. Posee Ud. otra profesión además de la de farmacéutico? NO () SI ()
Si la respuesta es afirmativa, indique cuál es y si la ejerce: _____

17. Realiza algún procedimiento en la Farmacia en caso de no entender la letra del médico o no estar de acuerdo con la dosis? Explique: _____

18. Cuántos días trabaja por semana? _____ Horas por día? _____

19. En caso de haber tenido Seguro de Responsabilidad Civil Profesional vigente durante el último año, sírvase especificar: _____

a) Nombre del asegurador: _____

b) Vigencia de la póliza: ___/___/_____

c) Suma Asegurada: _____ d) Franquicia: _____

e) Tipo de cobertura (claims made / occurrence): _____

20. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja a parte de toda la información posible.

a) ¿Ha sido penalizado por algún cuerpo administrativo o asociación profesional? NO () SI ()

b) ¿Le han rechazado, anulado, no renovado, o emitido alguna vez, bajo términos bajo términos especiales su seguro de responsabilidad profesional? NO () SI ()

c) ¿Ha estado Ud. alguna vez involucrado, directa o indirectamente, o está actualmente en litigio, por algún reclamo o juicio por mala praxis? (si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestro para cada caso) NO () SI ()

21. Alternativas de suma asegurada:

- () 120.000.-
- () 150.000.-
- () 200.000.-
- () 250.000.-
- () 300.000.-

22. Alternativas de tipo de cobertura:

TPC PURO () TPC FULL 2 () TPC FULL 5 () TPC FULL 10 () TPC OCURRENCIA ()

Ver Notas (I) (II) (III) (IV) (V)

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 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 2, TPC Full 5 y TPC Full 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 mi notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.
- 3) Que existiendo mas 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 2 y 5 años en el caso del TPC Full 2 y 5, y de 10 años en el caso del TPC Full 10.

Notas:

(I) 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.

(II) 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.

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

(IV) TPC Full 10: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

(V) TPC Ocurrencia: 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.ar>