

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.

FORMULARIO DE PROPUESTA PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA FARMACIAS

1. Nombre de la Farmacia: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____ Cód.Postal: _____

Email: _____

2. Nombre del Propietario de la Farmacia: _____

3. El Propietario es: Un individuo () Una sociedad () Una Soc. sin fines de lucro () Otros ()

Si la respuesta es "Otro", por favor Explique: _____

4. ¿El Propietario es Farmacéutico? No () Si ()

5. ¿Cuánto tiempo hace que la Farmacia es de Propiedad del actual dueño: _____

6. ¿La Farmacia es Servicio de alguna Entidad Asistencial Pública o Privada? No () Si ()

¿De cuál?: _____

7. Nombre del Director Técnico: _____

Edad: _____ Año de Graduación: _____ N° de Matrícula: _____

Facultad: _____

Universidad: _____

Especialidad: _____

Entidad que otorgó Título de Especialista: _____

Incumbencias como Director Técnico: _____

8. Si es Director Técnico en alguna otra Institución, indique cuál: _____

9. Por favor, haga el listado de las personas profesionales y técnicos que trabajan en la Farmacia: _____

Nombre y Apellido	Especialidad	Matrícula
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. ¿Se preparan en la Farmacia recetas magistrales? No () Si ()

En su caso, ¿en que proporción respecto del resto de las recetas? _____

11. ¿Se aplican en la Farmacia inyecciones intramusculares o endovenosas?: No () Si ()

¿Quién lo hace?: _____ Profesión: _____

12. ¿Se dispensan en la Farmacia productos cosméticos preparados en el lugar?: No () Si ()

13. ¿Se dispensa allí material aséptico?: No () Si ()

14. ¿Llevan Libro Recetario?: No () Si ()

En caso afirmativo, indique la fecha de los tres últimos ingresos documentados.

15. En caso de que la Farmacia corresponda a un Servicio de una Institución Pública o Privada Asistencial, se realiza en ella diariamente el seguimiento de las indicaciones médicas de acuerdo a estado clínico del paciente y la Farmacología de lo prescripto? SI () NO ()

16. En caso afirmativo, explique cómo lo hace y cómo documenta los errores médicos: _____

17. Tiene la Farmacia alguna Norma de Procedimientos en caso de tener que sustituir el fármaco prescripto por el médico tratante: SI () NO ()

Explique: _____

18. En caso de haber tenido la Farmacia Seguro de Responsabilidad Civil contractual y Extracontractual vigente durante el último año, sírvase especificar:

- a) Nombre del Asegurador: _____
b) Vigencia de la póliza: Desde: __/__/____ Hasta: __/__/____
c) Suma asegurada: _____
d) Franquicia / deducible: _____

19. Si la respuesta a alguna de las siguientes es afirmativa, por favor aclare en forma completa (incluyendo fechas) la totalidad de la información utilizando otra hoja.

- a) ¿Sabe usted si el Director Técnico a algún empleado de la Farmacia, técnico o profesional, ha sido sancionado por algún cuerpo administrativo o asociación profesional? No () Si ()
b) ¿Alguna vez a la Farmacia, le han rechazado, anulado, no renovado o emitido la póliza bajo condiciones especiales, o suspendido la cobertura? No () Si ()
c) ¿Conoce usted hechos o circunstancias que puedan dar lugar a reclamos o juicios contra la Farmacia? No () Si ()
d) ¿Ha estado la Farmacia o el Director Técnico alguna vez involucrado directa o indirectamente o está actualmente en juicio por algún reclamo de mala praxis? No () Si ()

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique aportando la siguiente información:

Carátula completa, Radicación, Monto actualizado, motivo principal del reclamo, Estado procesal, Comentarios acerca de los posibles resultados del juicio, Nombre, Dirección y Teléfono del Abogado que representa o defiende a la Farmacia.

COBERTURA SOLICITADA

\$ (pesos) ()

- () 120.000.- () 200.000.- () 500.000.-
() 150.000.- () 250.000.- () 750.000.-

Cantidad de reposiciones de suma: _____

20. Alternativas de tipo de cobertura:

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

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 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 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 Asegurador, 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.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.

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

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