

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.

NOTA IMPORTANTE: EN CASO DE SER ACEPTADA ESTA PROPUESTA POR EL ASEGURADOR, LA ORDEN DE EMISION DE LA PÓLIZA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MÍNIMOS:

- A) NOMBRE Y APELLIDO DEL P.A.S.
- B) SUMA ASEGURADA SOLICITADA.
- C) REPOSICIONES DE SUMA ASEG.: Sin reposición () 1 () 2 ()
- D) TIPO DE COBERTURA (INCLUIR ADICIONALES CONVENIDOS)
- E) VIGENCIA DEL SEGURO.
- F) COSTO ACORDADO CON EL ASEGURADO.
- G) PLAN DE PAGO.
- H) FORMA DE PAGO (PAGO FÁCIL, DÉBITO EN CUENTA, DÉBITO EN TARJETA.)

FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INSTITUCIONES DE ANALISIS CLINICOS, QUIMICOS, FISICOS, BIOLOGICOS O BACTERIOLOGICOS.

POLIZA NUEVA Y RENOVACION

1. Nombre de la Entidad: _____
Dirección: _____ N°. _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono / Fax: _____ Cód.Postal: _____
Email: _____
2. Nombre del / los propietarios de la entidad: _____
El propietario es : _____
Un individuo () Una sociedad () Una soc. sin fines de lucro () Otro ()
Tipo societario: _____ Fecha de constitución: _____
Si la respuesta es Otro, por favor, explique: _____
Cuánto tiempo hace que la Entidad es propiedad de los actuales dueños? _____
Habilitación: _____
3. La Institución, es concesionaria del Servicio en alguna Institución Prestadora: Si () No ()
Cuál? _____
4. Describa el Personal profesional habilitado para la realización de Análisis Químicos, Físicos, Biológicos o Bacteriológicos aplicados a la Medicina: (Médicos, Doctores en Medicina, Bioquímicos, Farmacéuticos y otros Diplomados universitarios con títulos reconocidos, e inscriptos en el Ministerio de Salud Pública.

Nombre y Apellido	Título habilitante	Matrícula	Año Graduación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
5. Describa el personal Auxiliar de Laboratorio habilitado para realizar las tareas secundarias de la Institución:

Nombre Apellido	Título habilitante	Matrícula	Año Graduación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. Cuál es la procedencia de los pacientes con los que principalmente trabaja la Institución (Obras Sociales, Empresas de Medicina Pre-paga, Particulares)? _____

DIRECCION TECNICA:

7. Director Técnico: _____
Edad: _____ Título habilitante: _____ Año de graduación: _____
Institución / Universidad: _____
Especialidad: _____
Entidad que otorgó título especialidad: _____
Incumbencias: _____
Supervisa diagnósticos? _____ Horario que cumple: _____

8. Quién realiza la interpretación de datos analíticos y/o pruebas funcionales y/o diagnósticos? _____
Quién los firma?: _____

9. La orden médica se archiva? SI () NO ()
Por cuánto tiempo ? _____

EQUIPAMIENTO:

10. Proporcione un Listado de los Exámenes de Laboratorio que se realizan en la Institución: _____

(De no alcanzar el espacio, utilice hoja aparte o bien escriba al dorso)

11. Descripción del equipamiento, marca, modelo, antigüedad y función de cada aparato: _____

(De no alcanzar el espacio, utilice hoja aparte o bien escriba la dorso)

12. Indique además qué equipamiento es propio y cuál ha sido dado en comodato, leasing, etc.: _____

13. Se realiza la toma de material en la Institución o solamente se reciben muestras? SI () NO ()

14. Qué toma de material se realiza? _____

15. Se realizan extracciones a domicilio? SI () NO ()
Quién lo hace ? _____

16. Describa las técnicas invasivas practicadas en la Institución para la obtención de medios internos para diagnóstico: _____

17. Alguna técnica diagnóstica, puede producir reacciones alérgicas en los pacientes? SI () NO ()
En su caso, cuáles ? _____

18. En la Institución se advierte de esa posibilidad al paciente? SI () NO ()
Se documenta ? SI () NO ()

Dónde / Cómo? _____

19. Existe en la Institución alguna Norma institucionalizada para resolver una situación de emergencia? SI () NO ()

Cómo? _____

20. Explique el Proceso de Consentimiento que utiliza la Institución para HIV _____

21. Explique el Proceso de Información que utiliza la Institución para la comunicación del Test confirmatorio:

Menores: _____

Adultos: _____

22. Y en las enfermedades venéreas o infecto-contagiosas como Brucelosis, Hidatidosis, Chagas-Mazza, Parvovirus, etc.: _____

(En caso de poseerlos, acompañe Formularios utilizados para ello).

23. La Institución, tiene un Sistema instalado para el tratamiento de desechos orgánicos y/o infecciosos?

SI () NO ()

Cuál? _____

24. Representante autorizado para los asuntos de seguros: _____

Título: _____

Cargo: _____

25. Existen otras ubicaciones para esta Entidad? SI () NO ()

Si la respuesta es afirmativa, enúncielas: _____

INFORMACION PRACTICA:

26. Cantidad de Análisis realizados por año: _____

Método Invasivo: _____ Método No-Invasivo: _____

Extracciones a domicilio: _____ Análisis de Sangre: _____

Con determinaciones serológicas: _____

27. Determinaciones confirmatorias de : Hepatitis A: _____ Hepatitis B: _____

Hepatitis C: _____ Hepatitis delta: _____ HIV Elisa: _____

HIV Western Blot: _____ HLA 827: _____ HILV-1: _____

28. Tiene la Institución algún Sistema de Evaluación de la Calidad? SI () NO ()

Cuál? _____

Cómo? _____

29. Indique la cantidad de personal profesional y auxiliar empleado y /o contratado por la Institución:

Bioquímicos: _____

Médicos: _____

Químicos: _____

Licenciados: _____

Técnicos de Laboratorio: _____

Microbiólogos: _____

Técnicos en citología: _____

Licenciadas en Enfermería: _____

Enfermeras Profesionales: _____

Auxiliares de Enfermería: _____

Técnicos en radiología: _____

Técnicos histológicos: _____

Anatomopatólogos: _____

30. Facturación Anual: _____

31. Por favor, enuncie los nombres de las Compañías y las fechas de vigencia de las pólizas de todas las Compañías de Seguros que han asegurado la Responsabilidad Civil Profesional a la Institución en los últimos cinco años.

Compañía	Nº de póliza	Vigencia	Suma Asegurada
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

NOTA: Si su respuesta es afirmativa para alguna de las siguientes preguntas, deberá completar el formulario de declaración de siniestros, adjuntando de ser necesario información complementaria, evitando así demoras en la cotización solicitada.

32. Alguna Compañía de Seguros ha cancelado, declinado o modificado la cobertura (ej. reducción de suma asegurada, restricción a la cobertura, etc.) o rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional de la Institución? SI () NO ()

33. Alguna repartición Estatal, Provincial, Municipal, Científica o Gremial ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la Institución o su Habilitación? SI () NO ()

34. Ha sido notificada la Institución de estar demandada directa o indirectamente en un juicio de mala praxis, o algún reclamo extrajudicial? SI () NO ()

COBERTURA SOLICITADA

30. Fecha original de la petición de la póliza: _____ / _____ / _____

31. Alternativas de suma asegurada:

- () \$ 100.000.-
- () 150.000.-
- () 200.000.-
- () 250.000.-
- () 500.000.-
- () 750.000.-

Reposiciones de suma: _____

32. Alternativas de tipo de cobertura:

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

Ver Notas (I) (II) (III)

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

También declaro 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 el presente solicito, así como el alcance de su cobertura y de sus limitaciones, franquicias, deducibles y exclusiones, como de sus derechos y de las cargas que asumiré en caso de que la presente solicitud sea aceptada por el Asegurador. Declaro expresamente también que he sido informado y estoy en conocimiento, a través de la página web de TPC : <http://www.webtpc.com>

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aclaración: _____ Cargo que ocupa: _____

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