

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE

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, y/o el período extendido de denuncia de siniestros según la opción elegida. Esta advertencia no es aplicable en caso de que la opción elegida haya sido la cobertura en base a ocurrencias.

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 ODONTÓLOGOS MATRICULADOS Y HABILITADOS.

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: _____
2. Universidad en la que se graduó: _____
Año de graduación: ____ / ____ / ____ Título de: _____
Especialidad: _____
Año en que fue otorgada la especialización: ____ / ____ / ____
Entidad Otorgante: _____
3. Está realizando alguna especialización en Cirugía-Buco-maxilo-traumato-Facial o en Implantología.
SI () NO ()
Si la respuesta es afirmativa, aclare el tipo de curso, entrenamiento, Institución donde la está realizando y si la está practicando sobre pacientes.
4. N* de matrícula Nacional: _____ Fecha de matriculación: ____ / ____ / ____
Otorgada por: _____
N* de matrícula Provincial: _____ Fecha de matriculación: ____ / ____ / ____
Otorgada por: _____
5. Consultorio privado: _____
Habilitado por: _____

Número de habilitación: _____ Fecha de habilitación: ____/____/____

Esta Ud. Colegiado: _____ SI () NO ()

Colegio: _____

Distrito: _____

6. Trabaja Ud. Con Obras Sociales : _____ SI () NO ()

En caso de contestar afirmativamente , indique el nombre de las principales: _____

7. Posee ud Inscripción ante la Superintendencia de Servicios Sociales de Salud, para ejercer su profesión como prestador de Obras Sociales. _____ SI () NO ().

En caso afirmativo indicar número de prestador: Nro _____

Fecha Otorgado: ____/____/____ Fecha Vencimiento: ____/____/____

8. Solicitó el Certificado de Antecedentes Profesionales, ante el Ministerio de Salud en el cual consta que no posee sanciones Judiciales o de entidades Profesionales. _____ SI () NO ().

En caso afirmativo Indicar Fecha: ____/____/____ (Vigencia cinco años).

9. Atiende en su consultorio a pacientes de empresas de medicina Pre-Paga: SI () NO ().

Ha firmado contratos de adhesión con las mismas _____ SI () NO ()

Indicar el nombre de las principales con las que tenga convenios _____

10. Asociaciones profesionales a las cuales pertenece: _____

11. Ud, o su entidad profesional, emplean o contratan personal para la prestación del servicio de salud en alguna de estas categorías ? Indique el número para cada categoría.

N* Empleados _____ N* Contratados _____

a) Otros odontólogos _____

b) Asistentes dentales _____

c) Técnicos de laboratorio _____

d) Personal administrativo _____

e) Otros _____

Explique: _____

12. Está Ud asociado, de algún modo, a :

a) Alguna entidad sanitaria de medicina pre-paga _____ SI () NO ()

b) Alguna clínica, o consultorios compartidos _____ SI () NO ()

c) Está Ud empleado o contratado _____ SI () NO ()

Indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el departamento para el que trabaja:

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

13. a) Al ejercer su profesión de odontólogo lo hace exclusivamente en su consultorio privado: SI () NO ()

b) Es Ud. Jefe de un Servicio de Odontología _____ SI () NO ()

c) Es Ud. Jefe de un equipo Odontológico _____ SI () NO ()

- d) En su práctica diaria no siendo Jefe de Equipo es Ayudado por otro Odontólogo SI () NO ()
- e) Se desempeña como Auditor de Odontología de alguna entidad. SI () NO ()
14. En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar :
- a) Nombre del Asegurador: _____
- b) Duración del Seguro: _____
- c) Límites previstos de Responsabilidad _____
15. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja aparte toda la información posible.
- a) Se le ha negado en alguna oportunidad la inscripción o reinscripción al solicitar el número ante la Superintendencia de Servicios Sociales de Salud. SI () NO ()
- b) Se le ha negado en alguna oportunidad el Certificado de Antecedentes de Ejercicio Profesional SI () NO ()
- c) Ha sido sancionado por algún Colegio de Odontólogos SI () NO ()
- d) Ha sido sancionado por algún Tribunal Disciplinario de alguna entidad Profesional SI () NO ()
- e) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez bajo términos especiales su seguro de resp. profesional SI () NO ()
- f) Ha estado ud. alguna vez involucrado, directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis. SI () NO ()

Si alguna respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestros para cada caso.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

16. Qué porcentaje dedica de su tiempo durante una semana de práctica normal, a los siguientes procedimientos? (el porcentaje debe sumar 100%)
- a) Diagnóstico (exámenes ,Rayos X etc) _____ %
- b) Operatoria dental (caries etc) _____ %
- c) Prostodoncia (fija y removible parcial) _____ %
- d) Prostodoncia (Removible total) _____ %
- e) Endodoncia _____ %
- f) Periodoncia básica (Raspaje etc) _____ %
- g) Periodoncia con Cirugía (mucogingival,injerto hueso etc) _____ %
- h) Ortopedia de los maxilares (aparatos removibles) _____ %
- i) Ortodoncia (apartología fija, brackets, etc) _____ %
- j) Odontología preventiva (Top.con fluor ens,cep) _____ %
- k) Odontopediatria (atención niños) _____ %
- l) Cirugía buco-maxilo-traumato-facial _____ %
- m) Implatología _____ %
- n) Cirugía Ortognatica _____ %
17. Servicio de endodoncia:
- a) Realiza ud., comúnmente, servicios de endodoncia?
- Unirradiculares SI () NO ()
- Multirradicales SI () NO ()
- Posee ud Título de Especialista en Endodoncia SI () NO ()
- Recertificó el Titulo (en caso de poseerlo) SI () NO ()
18. Servicio de periodoncia.
- Realiza tratamiento de periodoncia básico (terapia básica) SI () NO ()
- Realiza tratamiento quirúrgico de periodoncia (como ser Colgajos, Cirugía mucogingival, rellenos de hidroxiapatita, colocación de hueso, colocación de membranas, manejo de plasma de sangre enriquecido de plaquetas etc) SI () NO ()

- Posee Ud .Título de especialista en Periodoncia SI () NO ()
 Recertificó el Título SI () NO ()
19. Ortodoncia y Ortopedia dento maxilar :
 a) Realiza tratamientos de ortodoncia y Ortopedia SI () NO ()
 b) Realiza cirugía como complemento del tratamiento SI () NO ()
 c) Disyunción de maxilares SI () NO ()
20. Cirugía Buco-maxilo-traumato-facial.
 a) Realiza solo extracciones simples SI () NO ()
 b) Realiza extracciones de raíces por técnica de alveolectomía SI () NO ()
 c) Realiza la avulsión de terceros molares superiores e inferiores retenidos SI () NO ()
 d) Realiza reparación de comunicaciones Seno-maxilares. SI () NO ()
 e) Realiza Cirugía de ATM SI () NO ()
 f) Realiza injerto de hueso SI () NO ()
 g) Realiza cirugía bajo anestesia general con médico anestesista. SI () NO ()
 h) Realiza otros procedimientos quirúrgicos? SI () NO ()
 Describa: _____
- Tiene título de especialista en Cirugía-buco-maxilo-traumato-facial SI () NO ()
 Recertificó el Título SI () NO ()
21. Prostodoncia.
 a) Realiza ud. Servicios de prostodoncia, sólo removible SI () NO ()
 b) Sólo fija ? SI () NO ()
 c) Fijo y removible SI () NO ()
22. Implantología.
 a) Coloca ud Implantes odontológicos SI () NO ()
 b) Coloca los Implantes Sólo sin ayuda ? SI () NO ()
 c) Coloca los implantes con una o mas asistentes dentales. SI () NO ()
 d) Coloca los implantes ayudado por otro odontólogo. SI () NO ()
 e) Es Jefe de equipo SI () NO ()
 f) No coloca Ud implantes pero otro Odontólogo concurre a su consultorio a colocarlos sobre sus pacientes. SI () NO ()
 ¿Ha realizado cursos de colocación de implantes? SI () NO ()
 ¿Cursos Universitarios en Facultades? SI () NO ()
 ¿Cursos Hospitalarios? SI () NO ()
 ¿Cursos en Asociaciones Profesionales? SI () NO ()
 ¿Cursos en Comercios especializados en Implantes? SI () NO ()
- Marque cantidad de horas del curso mas largo que haya asistido.
 8 hs () 12 hs () 24 hs () 6 meses () 1 año () 2 años () 3 años () 4 años () .
23. Emplea ud. Tecnología Laser? SI () NO ()
 a) Laser Tejidos blandos SI () NO ()
 b) Laser tejidos duros SI () NO ()
 Realizó cursos sobre manejo de tecnología Laser SI () NO ()
24. Emplea ud únicamente anestesia infiltrativa SI () NO ()
25. En caso de trabajar con anestesia general : especifique dónde y quién lo administra: _____

26. Radiología.
 Toma usted radiografías odontológicas SI () NO ()

En caso afirmativo indique Marca, Tipo y potencia en KV de su aparato de radiología: _____

Realizó el curso obligatorio de Radio-física-Sanitaria aprobado por el Ministerio de Salud. Indique fecha _____/_____/_____ Lugar _____
Institución _____

Tiene la habilitación de equipo de Rx en su consultorio SI () NO ()

Fecha: _____/_____/_____ Institución que la otorgó: _____

Cuenta con empresa de retiro de residuos-peligrosos (para retirar los líquidos revelador y fijador usados) SI () NO ().

27. Residuos patogénicos.
Cuenta con empresa de retiro de residuos patogenicos? SI () NO ()
En caso afirmativo indicar Nombre y Número de Inscripción ante Ministerio de Salud: _____

Indique si realizó el tramite de productor de residuos patogénicos ante la Secretaria de Medio ambiente Municipal o a través de su Colegio SI () NO ()

28. Esterilización.
La realiza por a) Estufa a seco SI () NO ()
b) Autoclave SI () NO ()
Ha realizado monitoreo de la esterilización por análisis de Laboratorio? SI () NO ()

COBERTURA SOLICITADA.

29. Alternativas de suma asegurada: \$
() 120.000.-
() 150.000.-
() 200.000.-
() 250.000.-
() 300.000.-

30. Alternativas de tipo de cobertura:

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

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 aspecto 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.

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.

(IV) 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>

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Aclaración: _____

Nro. De CUIT: _____

- Situación frente al IVA: () Responsable Inscripto
() Exento
() Monotributo
() Consumidor Final