

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE

Esta póliza se emite bajo la condición de que el acto profesional 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 que se contrate o bien dentro de los dos o cinco años siguientes a su vencimiento o rescisión, de acuerdo con la modalidad que se contrate.

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 ASEGURADA: 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.)

DATOS DEL SOLICITANTE

El presente formulario constituye la Solicitud del seguro y formará parte de la póliza correspondiente. Todas las preguntas deberán ser respondidas en forma precisa sin dejar espacios en blancos y de existir alguna duda sobre la información solicitada, o si alguna circunstancia que haya considerado de interés no ha sido preguntada, en ambos casos deberá consultar al asegurador quien diligentemente lo asesorará. Las respuestas se interpretarán en cada caso en el contexto de las que antecedan. Si el espacio asignado a cada pregunta no le ha permitido extenderse en la forma que Usted considere adecuada agregue a esta Solicitud todas las páginas complementarias que crea necesarias. Tenga el recaudo de aclarar el número de la pregunta correspondiente, firme y numere las páginas anexas. Firmar esta solicitud no obliga ni al solicitante ni al Asegurador en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.

Nombres: _____
Apellidos: _____
Domicilio Real: _____
Calle: _____
Nº: _____ Piso/Dpto.: _____ Localidad: _____
C.P.: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____
E-mail: _____

DATOS PROFESIONALES

| TITULO PROFESIONAL: | | | |
|---|-----------------|---------------------|-----------------------|
| Universidad: | Fecha de Inicio | Fecha de Graduación | Calificación Promedio |
| Colegio o consejo profesional | Matrícula N° | Fecha de Matrícula | Tipo de Matrícula |
| JURISDICCION EN LA QUE EJERCE: | | | |
| OTRO TITULO PROFESIONAL | | | |
| Universidad: | Fecha de Inicio | Fecha de Graduación | Calificación Promedio |
| Colegio o consejo profesional | Matrícula N° | Fecha de Matrícula | Tipo de Matrícula |
| CUESTIONARIO | | | |
| 01. ¿Es especialista en alguna materia específica de su profesión principal? | SI | NO | |

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**
PARA ARQUITECTOS E INGENIEROS, ESTUDIOS y/o CONSULTORÍAS y/o
SOCIEDADES CIVILES y/o COMERCIALES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA



| | | |
|---|-------------------|----|
| Especifique en que: | | |
| 02. ¿Si tiene otro título profesional, lo ejerce? | SI | NO |
| ¿En carácter de profesión liberal conjuntamente con el título de la cobertura? | | |
| ¿En carácter de profesión liberal independiente del título de la cobertura? | | |
| ¿En relación de dependencia, docencia u otros? | | |
| 03. ¿Ejerce la profesión objeto de la cobertura en sociedad con otros profesionales? | SI | NO |
| ¿La sociedad está regularmente constituida? | | |
| ¿La sociedad profesional está matriculada ? | | |
| Datos de la matrícula: | | |
| Datos de los socios: | | |
| Apellido y Nombre: | Profesión: | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 04. ¿Tiene personal en relación de dependencia? | SI | NO |
| ¿Cuantos Empleados son profesionales? | | |
| ¿Cuantos Empleados son técnicos? | | |
| ¿Cuantos Empleados desarrollan otras tareas? | | |
| 05. ¿Es propietario, representante o socio, dirige o administra alguna institución, fundación, asociación civil, sindical o sociedad comercial que preste servicios afines a su profesión? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 06. ¿Es usted empleado o está vinculado a alguna Institución o Repartición Pública Nacional, Provincial o Municipal? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 07. ¿Es usted empleado o está vinculado a alguna entidad privada cuyo objeto social sea afín a su profesión? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 08. ¿Cuales son sus ingresos Brutos Anuales? \$ | | |
| ¿Valor promedio de las obras/proyectos que realiza? \$ | | |
| 09. ¿Ha tenido algún seguro de responsabilidad Profesional, en últimos 12 meses? | SI | NO |
| ¿Continua Vigente? | | |
| ¿Cual fue el período asegurado? | | |
| ¿Cuál fue el limite de responsabilidad otorgado (Suma Asegurada)? | | |
| ¿Cual fue el periodo extendido de denuncia de siniestros? | | |
| ¿Cual fue el Asegurador? | | |
| ¿Le ha sido rechazada o Anulada alguna cobertura similar a la solicitada? | | |
| ¿En caso afirmativo, indique el Asegurador? | | |
| 10. ¿Ha sido miembro de alguna Corporación de defensa mutua en los últimos 12 meses (Fondo solidario de ayuda profesional)? | SI | NO |
| En caso afirmativo indique el nombre: _____ | | |
| Indique el período desde que es o hasta que fecha fue miembro: _____ | | |
| 11. ¿Tiene o tuvo alguna demanda por responsabilidad profesional? | SI | NO |
| En caso afirmativo indique el nombre del demandante y/o carátula del Juicio: _____ | | |

FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 PARA ARQUITECTOS E INGENIEROS, ESTUDIOS y/o CONSULTORÍAS y/o SOCIEDADES CIVILES y/o COMERCIALES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA



| | | |
|--|----|----|
| Indique el motivo de la demanda y monto demandado: | | |
| Indique N° Expediente: | | |
| Indique Juzgado y Fuero: | | |
| 12. ¿ha sido detenido o procesado por algún acto cometido en violación a leyes o reglamentos que no sean de tránsito? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 13. ¿Ha sido objeto de procedimientos o sanciones disciplinarias o reprimenda por parte de organismos administrativos o asociaciones profesionales? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 14. ¿Es de su conocimiento alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? | SI | NO |
| En caso afirmativo detalle claramente _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 15. ¿Ejerce Ud. como director de mantenimiento y/o director de Obra?: | SI | NO |
| ¿En caso afirmativo, solicita Ud. cobertura para esa actividad ? | | |
| 16. ¿Solicita específicamente la cobertura de reclamos originados en el funcionamiento y/o mal funcionamiento y/o utilización de cualquier medio de elevación para ski, pista de patinaje de cemento, hielo o nieve, juegos, parques de diversiones, campo para practicar skateboard, tobogán acuático, pileta de natación, buceo, o similar? (Art. 4 inc. f Cond. Grales. y Especiales). | SI | NO |
| 17. ¿Solicita específicamente la cobertura de Anteproyectos de diseño, proyectos definitivos, ejecución y dirección de obra de proyectos que puedan considerarse como que agravan el riesgo contratado, tales como estadios, ferias, torres especiales? (Art. 4 inc. u Cond. Grales. y Especiales). | SI | NO |

SUPLEMENTO PARA PERSONAS JURÍDICAS:

Denominación de la persona jurídica: _____
 Domicilio. Calle: _____ N°: _____
 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
 CP.: _____ Provincia: _____ Te.: _____
 Fax: _____ E-mail: _____

Nombre y Apellido de los Socios de la Persona Jurídica: (utilice un renglón para cada socio):
 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____

EN CASO DE NECESITAR ESPACIO ADICIONAL, POR FAVOR, UTILICE HOJAS EN BLANCO CON MEMBRETE DE LA PERSONA JURÍDICA.

ROGAMOS RESPETAR EL MISMO ORDEN DEL APARTADO ANTERIOR PARA DAR CUMPLIMIENTO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

1. Universidad en la que se graduó: _____
 Año de Graduación: ___/___/___ Título obtenido: _____
 N° de matrícula: _____ Otras: _____
 Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su matrícula profesional: _____

FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 PARA ARQUITECTOS E INGENIEROS, ESTUDIOS y/o CONSULTORÍAS y/o SOCIEDADES CIVILES y/o COMERCIALES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA



2. Universidad en la que se graduó: _____
 Año de Graduación: __/__/____ Título obtenido: _____
 Nº de matrícula: _____ Otras: _____
 Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su matrícula profesional: _____

3. Universidad en la que se graduó: _____
 Año de Graduación: __/__/____ Título obtenido: _____
 Nº de matrícula: _____ Otras: _____
 Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su matrícula profesional: _____

4. Universidad en la que se graduó: _____
 Año de Graduación: __/__/____ Título obtenido: _____
 Nº de matrícula: _____ Otras: _____
 Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su matrícula profesional: _____

5. Universidad en la que se graduó: _____
 Año de Graduación: __/__/____ Título obtenido: _____
 Nº de matrícula: _____ Otras: _____
 Entidad, Organismo y/o Institución que tenga a su cargo el contralor de su matrícula profesional: _____

EN CASO DE NECESITAR ESPACIO ADICIONAL, POR FAVOR, UTILICE HOJAS EN BLANCO CON MEMBRETE DE LA PERSONA JURÍDICA.

6. AREAS DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LA PERSONA JURÍDICA: (marque con una X)

| | |
|----------------------------------|--|
| Civil Construcciones | |
| Hidráulico | |
| Electricista | |
| Electro mecánica | |
| Minas-Petróleo-Combustible | |
| Aeronáutico - Naval | |
| Electrónica Telecomunicaciones | |
| Electrónica Sistemas | |
| Vía - Vías Comunicación | |
| Industrial | |
| Textil | |
| Laboral Seguridad e Higiene | |
| Sanitario | |
| Tecnología Alimentaria | |
| Agrónomos Producción Alimentaria | |
| Químico | |
| Azucarero | |

Otras: _____

7. Cantidad de años de ejercicio profesional en forma ininterrumpida en la profesión bajo esta forma societaria:

8. Indicar las zonas geográficas del país en las que la persona jurídica desarrolla tareas profesionales, ya sea en forma directa, a través de los mismos socios o mediante personas en relación de dependencia o asociación temporaria: _____

**FORMULARIO DE PROPUESTA DE COBERTURA DE
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**
PARA ARQUITECTOS E INGENIEROS, ESTUDIOS y/o CONSULTORÍAS y/o
SOCIEDADES CIVILES y/o COMERCIALES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA



EN CASO DE NECESITAR ESPACIO ADICIONAL, POR FAVOR, UTILICE HOJAS EN BLANCO CON MEMBRETE DE LA PERSONA JURÍDICA.

9. Indicar cuántos profesionales trabajan en la Empresa y bajo que forma de relación:_____

Relación de dependencia () Socio () Asociado () Consultor () Otro status:_____

10. En caso de existir Arquitectos/Ingenieros en relación de dependencia, ¿quién decide cuál de esos profesionales se ocupará de determinada tarea?:_____

11. El Comitente, ¿está informado de ello?:_____

12. ¿Existe algún sistema de evaluación/seguimiento de las tareas que desarrollan los profesionales en relación de dependencia?:_____

12.1 . En su caso, ¿cuál es?:_____

13. Por favor, ¿podría entregar, adjunto a este formulario, un listado de los profesionales (nombre, apellido y matrícula) que estén en relación de dependencia?

14. ¿Trabaja la empresa con UTES, asociaciones temporarias, consorcios, etc?:_____

15. ¿Podría indicar el sistema de trabajo que realiza con mayor habitualidad la empresa? Anteproyecto, Proyecto, Dirección, Ejecución, etc.:_____

16. Total de facturación anual:_____

17. Cantidad de obras que tiene actualmente en realización, tipo y ubicación geográfica:_____

18. Posee clientela extranjera?:_____

19. ¿Brinda asesoramiento o representan a empresas multinacionales?: _____

20. ¿Están en conocimiento de la existencia de algún reclamo en contra de la empresa por el ejercicio de la actividad, ya sea judicial o extrajudicialmente, y del cual la empresa no haya sido aun fehacientemente notificada?: _____

Alternativas de tipo de cobertura: TPC FULL 2 AÑOS () _____ TPC FULL 5 AÑOS () _____

Ver Notas (I) (II)

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos 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 Full 2, TPC Full 5

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 la de 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 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 2 años en el caso del TPC Full 2, de 5 años en el caso del TPC Full 5.

Notas I, II y Distintas Alternativas de Cobertura: (I) TPC Full 2: Es la 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. (II) TPC Full 5: Es una Cobertura igual a la 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 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: _____

Carácter en que lo hace en relación con el proponente: _____

Situación frente al IVA:

() Responsable Inscripto

() Monotributo

() Exento

() Consumidor Final