

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.)

CUESTIONARIO DE RESP.CIVIL PROFESIONAL INSTITUCIONES Y CENTROS DE ATENCION ODONTOLOGICA

1. Nombre de la institución: _____
2. Ubicación de la entidad: Calle: _____
Número: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
3. Números de teléfonos: _____
4. Email: _____
5. Nombre del propietario de la entidad _____
El propietario es: Un Individuo () Soc. Comercial () Una Soc.sin fines de lucro () Otro ()
Si la respuesta es otro por favor explique _____
¿Cuánto tiempo hace que la entidad es propietaria de los actuales dueños? _____
6. Nombre de el o los Director (es) Técnico (os): _____
Edad: _____ Especialidad: _____ Año de graduación: _____
Universidad: _____
Nº de Matrícula: _____
Entidad que otorgó el título especialidad: _____
¿Qué actividades desarrolla? _____
Supervisa diagnósticos y tratamientos de todos los servicios del Centro. Si () No ()
7. **Datos del Administrador y/o responsable de la Institución:**
Nombres : _____ Apellidos : _____
Domicilio Real: Calle: _____ Nº: _____
Piso/Dpto.: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
Provincia: _____ Teléfono : _____
Fecha de Nacimiento : ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____
E-mail: _____ Cuit / Cuil / Cdi : _____

- Estado Civil: _____ Tipo y N° de documento: _____
Se verificó con el documento original? SI () NO ()
Nacionalidad: _____ Actividad específica: _____
- 8- Tiene algún servicio o especialidad tercerizada? Si () No ()
Cual? _____
- 9- Representante autorizado para los asuntos de seguro
Nombre: _____ Título: _____
Cargo que ocupa en la organización: _____
¿Existen otras ubicaciones para esta entidad? Si () No ()
Si la respuesta es afirmativa, enúncielas _____

Información Práctica

- 10- Listado de especialidades y prácticas que realiza el Centro:
Marcar con una cruz.
- a) Diagnóstico (exámenes, Rayos x, etc.) ()
 - b) Prostodoncia (fija y removible) ()
 - c) Endodoncia: Unirradiculares ()
Multirradiculares ()
 - d) Periodoncia ()
 - e) Ortodoncia ()
 - f) Cirugía Oral: Extracciones Simples ()
Remoción 3º molares inferiores o superiores retenidos ()
Cirugía Ortognática ()
Implantes Restaurativos ()
Implantes Quirúrgicos ()
 - g) Preventiva ()
 - h) Se emplea laser. Si () No ()
 - i) En caso de trabajar con anestesia general: especifique dónde y quién lo administra. _____

 - j) Cirugía buco-máxilo -facial. Si () No ()
- 11- ¿Tiene la entidad un Comité de evaluación de calidad? Si () No ()
Si la respuesta es afirmativa, indique si el comité realiza:
- a) Revisión de las fichas de atención Si () No ()
Como se documenta: _____
 - a) Revisión de las fichas de atención Si () No ()
Como se documenta:
 - b) Dicta normas para los actos quirúrgicos Si () No ()
Acompañe copia
 - c) Actúa frente complicaciones y reclamos Si () No ()
¿Cómo? _____
 - d) Garantiza acceso a los tratamientos Si () No ()
Diga cómo _____
- 12- ¿Se otorgan instrucciones pre y post operación a los pacientes? Si () No ()
Acompañe documentación.
- 13- Indique los odontólogos en relación de dependencia, de staff, por honorarios y contratados, incluyendo odontólogos de guardia (activa y pasiva):

Apellido y Nombre	Especialidad Odontológica	Horas de trabajo semanal	Posee póliza RC Médica

14. Indique los técnicos en relación de dependencia, de staff, por honorarios y contratados, incluyendo técnicos de guardia (activa y pasiva):

Apellido y Nombre	Especialidad ó incumbencias	Horas de trabajo semanal	Posee póliza RC Médica

15- Los odontólogos realizan las prácticas radiológicas? Si () No ()

16- ¿Se les solicita a los pacientes que otorguen consentimientos para tratamientos odontológicos o cirugía?
 Si () No ()

Por favor adjuntar una copia del mismo.

17- Por favor, anunciar los nombres y fechas de las pólizas de todas las Aseguradoras que han asegurado por responsabilidad Profesional a la organización en los últimos 5 años.

Aseguradora	Nº de Póliza	Vigencia desde/hasta	Suma Asegurada

18- Cantidad de pacientes atendidos, por año:

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. _____

19- Alguna Aseguradora ha cancelado, declinado o modificado la cobertura (ej. Reducción de límites, restricción de coberturas, etc.) o ha rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional de la organización? Si () No ()

20- Alguna agencia gubernamental ha investigado, suspendido, o revocado o tomado otra acción contra la organización o sus licencias? Si () No ()

21- Ha sido notificada de estar demandada directa o indirectamente, en un siniestro de mala praxis, juicio o incidente? Si () No ()

COBERTURA SOLICITADA

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

23. Alternativas de suma asegurada: \$ (pesos) () U\$S (dólares) ()
() 100.000.-
() 150.000.-
() 200.000.-
() 250.000.-
() 500.000.-
() 750.000.-

Cantidad de reposiciones de suma:

24- 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 forme 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 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 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.

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>

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Aclaración: _____ Cargo que ocupa: _____

Categoría ante AFIP: _____ Nro. de CUIT: _____