

### ADVERTENCIA AL ASEGURADO

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 o dentro del período extendido de denuncia de siniestros que se contrate.

Nombres y apellidos:			
Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Tipo y número de documento:		CUIT:	
Categoría ante la DGI:			
Condición de IVA:		Condición de IIBB:	
Mail:		Teléfonos:	
Sitio web:			
Domicilio particular:		CP:	
Localidad:		Provincia:	
Domicilio profesional:		CP:	
Localidad:		Provincia:	
Universidad:		Año de graduación:	
Título obtenido:		Especialidad:	
¿quién la otorgó?		Fecha:	
Actividad que ejerce:			
N° matrícula nacional		N° matrícula provincial:	
¿Tiene algún entrenamiento médico adicional?		Si:	No:
(si la respuesta es afirmativa, aclare tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo)			
¿Cuántos días trabaja por semana?:		Horas por día:	
¿Posee ud. otra profesión además de la de farmacéutico?		Si: ¿Cuál?	No:
¿Tiene o tuvo seguro de mala praxis?		Si:	Dónde:
		No:	Suma asegurada:
¿Conoce hechos o circunstancias que puedan dar lugar a reclamos o juicios?		Si:	No:
¿Ha estado alguna vez involucrado directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por algún reclamo o juicio de mala praxis?		Si:	No:
Enuncie si en alguna institución ud. es miembro de staff, jefe de departamento, servicio o similar:			
Está ud. asociado, contratado, a porcentaje o por honorarios o de algún otro modo a:			
Alguna institución médica con o sin internación:		Si:	No:
Alguna clínica psiquiátrica, banco de sangre o laboratorio de análisis clínicos		Si:	No:
Alguna entidad médica pre-paga		Si:	No:
En caso afirmativo, indique el nombre y el domicilio de la entidad, así como el del departamento o servicio y el tipo de actividad que desarrolla:			

¿Trabaja ud. en una farmacia?	Si: ¿Es propia?	No:
¿Es ud. director técnico en ella?	Si:	No:
Nombre de la farmacia en la que trabaja:		
Dirección:		
Cantidad de empleados:		Cantidad de farmacéuticos:
¿Es ud. director técnico en otro establecimiento?	Si:	No:

### Antecedentes siniestros

Fecha acto médico	Especialidad involucrada	Importe reclamado y/ o indemnizado	Estado actual (juicio, mediación, etapa procesal, cerrado)

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- A) entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la ssn;
- B) entidades financieras sometidas al régimen de la ley n° 21.526;
- C) tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la ley n° 25.065;
- D) medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la ssn a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio ley n° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la aseguradora. Cuando la percepción de premios se materialice a través del sistema único de la seguridad social (suss) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente apartado.

Autorización pago débito automático: autorizo a tpc cía. De seguros s.a. a debitar automáticamente de mi <u>cuenta corriente / caja de ahorro / tarjeta de crédito</u> . En un todo de acuerdo a la resolución n.º 21.900 de la superintendencia de seguros de la nación.			
Tarjeta de crédito:		CBU:	
N° tarjeta:		N° CBU:	
Vencimiento:		Tipo de cuenta:	
Entidad bancaria:		Entidad bancaria:	

Producto:	TPC full 3: es la cobertura base reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de tres (3) años, contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.		
Suma asegurada requerida	(mínimo pesos \$250.000)		
Reposiciones:	Sin reposiciones:	Una:	Dos:

### DECLARACIÓN JURADA

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.

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 los tres años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

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.

Firma:	Fecha: _____/_____/_____
Aclaración:	Lugar:
Productor:	Comisión:

**IMPORTANTE:** en caso de contratar el seguro solicitado, deberá acompañar la presente solicitud con los formularios uif y pep correspondientes, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web: <http://www.webtpc.com/>