

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 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 en la que se graduó:		Año de Graduación:	
Título Obtenido:			
Especialidad/ es que acredita:	a)		
	b)		
	c)		
Año en que fue otorgada la especialización:			
¿Cuántos días trabaja por semana?:		Horas por día:	
Nº de Matrícula:		Fecha de Matriculación:	
Autoridad que la otorgó:			
Enuncie cuáles son las instituciones en las que Ud. presta servicios en forma autónoma:			
Enuncie cuáles son las Instituciones en las que Ud. presta servicios en relación de dependencia			
Está ud. asociado de algún modo a:			
¿Alguna entidad de rehabilitación física, con internación, pública o privada?			Si:
¿Alguna organización Prepaga para la atención kinésica?			Si:
¿Alguna entidad de rehabilitación física sin internación pública o privada?			Si:
Está empleado o contratado por alguien para la provisión de sus servicios			Si:
Está Ud. empleado o contratado por alguna Institución deportiva para la prestación de sus servicios			Si:
¿Ud. medica fármacos?			Si:

Ud. atiende:	Niños:	Adolescentes:	Adultos:		
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS					
¿Qué tipo de tratamientos realiza?					
Onda corta	Si:	No:	Infrarrojo	Si:	No:
Ultrasonido	Si:	No:	Tracción cervical	Si:	No:
Ultravioleta	Si:	No:	Otros:		
¿Lleva ficha kinesiológica?			Si:	No:	
¿Realiza prácticas sin indicación médica?			Si:	No:	

ANTECEDENTES SINIESTRALES

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	
Nº Tarjeta:		Nº 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)		
Reposiciónes:	Sin Reposisiones:	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 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.

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/>