

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL SEGURO
DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - ODONTÓLOGOS

Solicito mi incorporación a la póliza de seguro colectivo de Responsabilidad Civil Profesional, Tomadora: Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba a partir del día _____ de _____ del año _____. Para tal fin, completo la información consignada en el siguiente formulario sin falsear u omitir dato alguno.

DATOS PERSONALES

ASEGURABLE (APELLIDO Y NOMBRE): _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ CONDICIÓN FRENTE AL IVA: _____

N.º DE CUIT: _____

MATRÍCULA PROFESIONAL: _____ EXTENDIDA POR: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ LOCALIDAD: _____

C.P.: _____ PROVINCIA: _____ PAÍS: _____

CELULAR: (_____) _____ E-MAIL: _____

CONSULTORIO PARTICULAR

DOMICILIO PROFESIONAL: _____ LOCALIDAD: _____

C.P.: _____ PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

CLINICA U OTRO CONSULTORIO DONDE EJERZA SU PROFESIÓN

RAZON SOCIAL: _____ DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ PROVINCIA: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL: _____

CONDICIONES DE COBERTURA

Marcar con una cruz (X) la opción elegida

OPCIÓN 1 - Base de Cobertura: Reclamos - Suma Asegurada: \$22.000.000,00

Importe de cada cuota: \$3.060 - Costo Anual: \$36.720 - Franquicia: SIN FRANQUICIA

Reposición de Capital Asegurado: Hasta dos veces el capital asegurado.

Adicionales: SIDA, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes, COVID-19, aplicación de las sustancias de Botox (toxina botulínica), ácido hialurónico y/o plasma rico en fibrina.

Forma de Pago: Mensual. Convenio con FOPC

☐**OPCIÓN 2 - Base de Cobertura: Reclamos - Suma Asegurada: \$29.000.000,00**

Importe de cada cuota: \$4.000 Costo Anual: \$48.000 Franquicia: SIN FRANQUICIA

Reposición de Capital Asegurado: Hasta dos veces el capital asegurado.

Adicionales: SIDA, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes, COVID-19, aplicación de las sustancias de Botox (toxina botulínica), ácido hialurónico y/o plasma rico en fibrina.

Forma de Pago: Mensual. Convenio con FOPC

☐**OPCIÓN 3 - Base de Cobertura: Reclamos - Suma Asegurada: \$35.000.000,00**

Importe de cada cuota: \$4.800 - Costo Anual: \$57.600 - Franquicia: SIN FRANQUICIA

Reposición de Capital Asegurado: Hasta dos veces el capital asegurado.

Adicionales: SIDA, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes, COVID-19, aplicación de las sustancias de Botox (toxina botulínica), ácido hialurónico y/o plasma rico en fibrina.

Forma de Pago: Mensual. Convenio con FOPC

☐**OPCIÓN 4 - Base de Cobertura: Reclamos - Suma Asegurada: \$50.000.000,00**

Importe de cada cuota: \$6.490 - Costo Anual: \$77.880 - Franquicia: SIN FRANQUICIA

Reposición de Capital Asegurado: Hasta dos veces el capital asegurado.

Adicionales: SIDA, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes, COVID-19, aplicación de las sustancias de Botox (toxina botulínica), ácido hialurónico y/o plasma rico en fibrina.

Forma de Pago: Mensual. Convenio con FOPC

☐

DATOS PROFESIONALES

PRACTICAS QUE REALIZA

Endodoncia ☐ Periodoncia ☐ Ortodoncia ☐ Prótesis ☐
Odontopediatría ☐ Implantes ☐ Cirugía ☐ Estomatología ☐

Otras prácticas: _____

¿Ud. es jefe de Equipo? Si ☐ No ☐

¿Ha sido notificado de estar demandado directa o indirectamente, en un siniestro de mala praxis, juicio, incidente?
Si ☐ No ☐

¿Tiene Ud. conocimiento de reclamos pendientes, de cualquier actividad (incluyendo petición de historias clínicas) o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Si ☐ No ☐

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

Este seguro cubre la responsabilidad del Asegurado por el acto profesional que diere origen a daños y perjuicios, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: que dicho acto profesional haya sido practicado durante la vigencia de la presente póliza o durante la retroactividad (para el supuesto de sucesivas renovaciones) y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al Asegurador dentro del período de vigencia de ésta póliza, su renovación o durante el período de extensión de denuncias.

ENDOSO DE EXTENSIÓN DE DENUNCIAS

Como consecuencia directa de la cobertura Claim Made (o Base Reclamo), en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, cualquiera fuera la causa, el Asegurado tendrá derecho de extender por un máximo de hasta tres años, comprando el endoso opcional de Extensión de Denuncias, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por los actos ocurridos en tal período.

De esta manera el endoso cubrirá:

Los actos u omisiones imputables a la responsabilidad profesional del Asegurado que hayan ocurrido luego de la fecha de retroactividad o durante la vigencia de la póliza no renovada, hasta que se agoten los límites por siniestros contratados en la presente póliza.

Que los reclamos sean efectuados y notificados con posterioridad a la vigencia de la póliza no renovada.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, un eventual siniestro quedara cubierto cuando el reclamo del tercero se produjere con posterioridad al período de vigencia de la póliza, únicamente si el Asegurado comprare el período de extensión.

En caso de permanecer por tres años consecutivos con esta cobertura, el período de extensión se adquiere en forma gratuita por un período máximo de diez años.

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones de la Póliza que se aplicarán en el contrato que se entrega. Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada". Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El asegurable tiene el deber de avisar a la Compañía Aseguradora dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada, quedando sujeto a las condiciones de las cláusulas de Reticencia y de Agravación de Riesgo. La solicitud queda sujeta a la aprobación del Asegurador y es aceptada por éste, si no se manifiesta lo contrario dentro de los 30 días de la recepción de ésta.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a. Asentar en la Historia Clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b. Consignar obligatoriamente el nombre del paciente, fecha, hora, firma del profesional y su aclaración, el tratamiento necesario, así como escribir en forma concisa, legible, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación profesional y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de historia Clínica, todo ello con la correspondiente firma de consentimiento del paciente o del padre, madre o tutor en caso de tratarse de un menor de edad, paciente con capacidades diferentes o en otros casos en que el Código Civil así lo disponga.
- c. Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el profesional tratante.
- d. Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos a los mantenimientos de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos, por un período no menor a diez años contados a partir del último día en que los tratamientos y/o servicios comenzaron a ser prestados.

FIRMA

ACLARACIÓN