

**FORMULARIO DE ADHESION 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 \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN FRENTA AL IVA: \_\_\_\_\_ Nº DE CUIT: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ EXTENDIDA POR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ DOMILILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE COBERTURA**

**(Marcar con una cruz la opción elegida)**

OPCION 1

- 1- **Base de Cobertura:** Reclamos
- 2- **Suma Asegurada:** \$ 1.200.000.- (Pesos un millón doscientos mil)
- 3- **Franquicia:** SIN FRANQUICIA
- 4- **Adicionales:** HIV, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes

**Forma de Pago:** Según convenio con Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba  
**Costo Anual:** \$ 1.800- (Pesos un mil ochocientos)  
**Cantidad de Cuotas:** 12 (Doce)  
**Importe de cada cuota:** \$ 150.- (Pesos ciento cincuenta)

OPCION 2

- 1- **Base de Cobertura:** Reclamos
- 2- **Suma Asegurada:** \$ 2.000.000- (Pesos dos millones)
- 3- **Franquicia:** SIN FRANQUICIA
- 4- **Adicionales:** HIV, Hepatitis B, Cirugía Maxilofacial e Implantes

**Forma de Pago:** Según convenio con Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba  
**Costo Anual:** \$ 3.000- (Pesos tres mil)  
**Cantidad de Cuotas:** 12 (Doce)  
**Importe de cada cuota:** \$ 250.- (Pesos doscientos cincuenta)

**DATOS PROFESIONALES**

**PRACTICAS QUE REALIZA**

Endodoncia  Periodoncia  Ortodoncia  Prótesis

Odontopediatria  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 diez 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; y
- 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 ésta 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 prolífica, 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