

SOLICITUD DE ADHESION A SEGUROS MÉDICOS S.A.

El que suscribe:

Solicita a CMJ su incorporación a la póliza de seguro por mala praxis profesional en salud, contratada en Seguros Médicos S.A., en carácter de adherente a la misma, declarando conocer los reglamentos de la institución, comprometiéndome al fiel cumplimiento de los mismos en todas sus partes. Asimismo declaro conocer y recibir un instructivo de los servicios que Seguros Médicos presta, el que expresamente acepto en su totalidad, como así también que la institución no me representa en lo gremial, ni en lo personal, ni colectivamente.

Declaro conocer que podré usar y gozar de los beneficios enunciados a partir del día primero del mes siguiente al de la presentación de esta solicitud, comprometiéndome a abonar las cuotas respectivas a través de la forma de pago convenida.

Declaro conocer que la falta de pago de dos (2) cuotas consecutivas constituirá mora automática y será motivo de baja del sistema sin previo aviso y sin necesidad de intimación de pago alguna.

Completar con letra de imprenta.

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....C.P.....

TEL:.....CORREO ELECTRONICO.....

DOC.TIPO/Nº:CUIT/CUIL/CDI.....

FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD.....

ESTADO CIVIL:TIPO Y Nº DE MATRICULA:.....

JUJUY, (FECHA).....

☐ CAPITAL ASEGURADO: \$ 90.000.000

**MARCAR EL CAPITAL
ASEGURADO ELEGIDO**

ESPECIALIDAD:.....

OTRAS PRÁCTICAS:

DOMC. CONSULTORIO:CP. :.....

TELEFONO:

DECLARO PRESTAR SERVICIOS EN LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:

.....
.....
.....

.....
FIRMA Y SELLO

**Me notifico debo declarar dentro de las 72 hs cualquier modificación a los datos
consignados en la presente ante el CMJ y ante Seguros Médicos S.A.**

NOTIFICACION DE CONDICIONES PARTICULARES Y EXCLUSIONES

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES MEDICOS

CONDICIONES PARTICULARES

LA POLIZA CONTRATADA CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LESIONES Y/O MUERTE DE TERCERAS PERSONAS PROVOCADAS INVOLUNTARIAMENTE Y DERIVADAS DIRECTAMENTE DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN EL AMBITO DE LA REPUBLICA ARGENTINA.
BASE DE COBERTURA: CLAIMS MADE CON TRES AÑOS DE PERIODO EXTENDIDO DE DENUNCIA

SUMA ASEGURADA al momento del ingreso

POR ACONTECIMIENTO HASTA: **\$90.000.000,00**

LIMITE GLOBAL ANUAL: **\$270.000.000,00**

REPOSICIONES DE SUMA ASEGURADA: **2 (DOS)**

FRANQUICIA: SIN FRANQUICIA

UBICACION DEL RIESGO: REPUBLICA ARGENTINA

NOTA: SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE, PARA LA VALIDEZ DE LA PRESENTE COBERTURA, EL PROFESIONAL DEBERA CONTAR, EN CASO DE SINIESTRO, CON EL **"CONSENTIMIENTO INFORMADO"** DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL PACIENTE.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: ESTA POLIZA SE EMITE BAJO LA CONDICION DE QUE EL ACTO MEDICO 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 DENTRO DEL PERIODO DE COBERTURA, RENOVACION O DURANTE EL PERIODO DE EXTENSION DE DENUNCIAS. LEA DETENIDAMENTE EL TEXTO DE LA POLIZA, PORQUE ESTE DETERMINA EL ALCANCE DE LA COBERTURA.

EXCLUSIONES:

RIESGOS NO ASEGURADOS

EL ASEGURADOR NO CUBRE, SALVO PACTO EN CONTRARIO, LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO EN CUANTO SEA CAUSADA POR O PROVENGA DE RIESGOS EXCLUIDOS

EL ASEGURADOR NO CUBRE LA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS QUE SEAN CAUSADOS POR:

1. CLINICAS, SANATORIOS, HOSPITALES O CUALQUIER OTRO CENTRO ASISTENCIAL EN LOS QUE EL PROFESIONAL MEDICO DESEMPEÑE TAREAS, YA SEAN ESPORADICAS O HABITUALES, O CON CARACTER DE EXCEPCIONAL.
2. OTROS PROFESIONALES MEDICOS NO ESPECIFICAMENTE CUBIERTOS POR ESTA POLIZA Y QUE COLABOREN CON EL ASEGURADO.
3. OTRAS PERSONAS EN RELACION LABORAL CON EL CENTRO ASISTENCIAL.
4. INCUMPLIMIENTO DEL SECRETO PROFESIONAL.
5. ACTOS O INTERVENCIONES PROHIBIDAS POR LA LEY
6. CONVENIO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO.
7. INTERVENCION QUIRURGICA A LOS EFECTOS DE TRANSPLANTE DE ORGANOS O ESTERILIZACION.
8. DAÑOS SUFRIDOS POR PERSONAS QUE PRACTIQUEN ALGUNA ACTIVIDAD POR CUENTA DEL ASEGURADO, POR MOTIVOS PROFESIONALES OCIENTIFICOS.
9. CULPA GRAVE ASIMILABLE AL DOLO.
10. RECHAZO TERAPEUTICO POR PARTE DEL PACIENTE Y/O DE LOS FAMILIARES

LA ENTIDAD ASEGURADORA DISPONE DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO QUE ATENDERÁ LAS CONSULTAS Y RECLAMOS QUE PRESENTEN LOS TOMADORES DE SEGUROS, ASEGURADOS, BENEFICIARIOS Y/O DERECHO HABIENTES.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO ESTÁ INTEGRADO POR UN RESPONSABLE Y UN SUPLENTE, CUYOS DATOS DE CONTACTO ENCONTRARÁ DISPONIBLES EN LA PÁGINA WEB **WWW.SEGUROS MEDICOS.COM.AR**

ENCASO DE QUE EL RECLAMO NO HAYA SIDO RESUELTO O HAYA SIDO DESESTIMADO, TOTAL O PARCIALMENTE, O QUE HAYA SIDO DENEGADA SU ADMISIÓN, PODRÁ COMUNICARSE CON LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR TELÉFONO AL **0800-666-8400**, CORREO ELECTRÓNICO A **DENUNCIAS@SSN.GOB.AR** O FORMULARIO WEB A TRAVÉS DE **WWW.ARGENTINA.GO.B.AR/SSN**

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA CUMPLE CON LA COBERTURA MINIMA ESTIPULADA POR LA RESOLUCION NUMERO 35467 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Firma y sello _____

Fecha _____