

tpcseguros



**CONDICIONADO DE PÓLIZAS
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

ANEXO 1

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Cláusula 3 - Se consideran como riesgos expresamente excluidos de la cobertura que otorga la presente póliza los que se indican a continuación y en consecuencia, el Asegurador no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- 1) La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado, incluida la Responsabilidad Civil Extracontractual objetiva o subjetiva que se le pueda atribuir en razón del ejercicio su actividad.
- 2) Daños y perjuicios a personas no consideradas terceros a los fines de esta cobertura. A tal efecto no serán terceros:
 - a) El cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad (en el caso de sociedades o instituciones de los de los accionistas, directivos, síndicos e integrantes del Órgano de Administración ya sean titulares o suplentes), profesionales médicos y/o auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado y las personas que posean "trato familiar ostensible" con cualquiera de ellos en los términos del Artículo 1741 del Código Civil y Comercial de la Nación.
 - b) Las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado, en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo.
 - c) Los contratistas y/o sub contratistas y sus dependientes cuando el daño sufrido se haya originado en ejercicio u ocasión del trabajo específico para el cual hayan sido contratados.
 - d) Las personas vinculadas con el Asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- 2) Daños y perjuicios provocados por Profesionales al Servicio del Asegurado que no posean el título habilitante y la matrícula vigente, para desempeñarse en la profesión y especialidad para la que fueron contratados al servicio del Asegurado, ya sea como profesional de staff, en relación de dependencia, por contrato o por honorarios.
- 3) El incumplimiento del secreto profesional de parte del Asegurado propiamente dicho o de su personal, ya sea profesional, técnico, miembro del equipo, habitual o transitorio, auxiliar o administrativo, siempre que exista condena de inhabilitación especial de acuerdo con lo prescripto por el Art. 156 del Código Penal Argentino sobre cualquiera de las personas mencionadas, o que exista una condena civil por indemnización de daños y perjuicios, y que la misma se fundamente, ya sea parcial o totalmente en dicho incumplimiento, y por la cual el Asegurado deba responder.
- 4) Daños y perjuicios originados por dolo del Asegurado.
- 5) ACTOS, HECHOS U OMISIONES fraudulentas, criminales y/o maliciosas cometidos por el Asegurado y/o sus dependientes.
- 6) Reclamos interpuestos y/o radicados contra el Asegurado fuera del territorio de la República Argentina y/o acuerdos en mediación, acuerdos extrajudiciales y/o sentencias producidas o dictadas fuera del territorio de la República Argentina.
- 7) Reclamos efectuados ante tribunales extranjeros y los derivados de la infracción, o inobservancia del derecho extranjero.
- 8) Responsabilidades civiles contractuales que deriven de las cláusulas especiales contenidas en contratos celebrados con los Pacientes y que amplíen o extiendan la responsabilidad del Asegurado más allá de los límites básicos establecidos por la ley aplicable al caso.
- 9) Responsabilidades asumidas por el Asegurado bajo cualquier contrato o convenio o cualquier tipo de garantía, cláusula penal o equivalente; esta exclusión no se aplica a la responsabilidad que el Asegurado hubiera tenido de no existir dicho contrato o convenio.

- 10) Multas u otras penalidades aplicadas tanto en lo administrativo cuanto en los fueros civil, comercial o penal judicial.
- 11) Devolución, restitución o compensación de honorarios, gastos o costos pagados al Asegurado.
- 12) Insolvencia, quiebra o concurso del Asegurado.
- 13) Reclamos por costos necesarios para cumplir cualquier medida cautelar autosatisfactiva, no siendo obligación del Asegurador sustituir dicha medida.
- 14) Cualquier tipo contrato de alquiler, arriendo o leasing en el cual el Asegurado resultare locador, locatario o fiador.
- 15) Injurias, calumnias, difamación, u ataques al buen nombre y honor.
- 16) Actos de discriminación cometidos por el Asegurado, entendiéndose por tales los ACTOS, HECHOS U OMISIONES originados en razón de la nacionalidad, raza, religión, edad o sexo o condición de género.
- 17) Obligaciones emergentes de la Ley de Contrato de Trabajo Nº 20.744, Ley de Jubilaciones y Fondos de Pensiones Nº 24.241 y Ley de Riesgo de Trabajo Nº 25.557, y sus normas complementarias o modificatorias que puedan dictarse en el futuro o cualquier otra obligación adquirida por el Asegurado como empleador o potencial empleador con cualquier empleado o quien alegue la condición de Empleado.
- 18) Pérdidas, daños, destrucción, gasto incurrido en el reemplazo o restauración de cualquier documento, estudio médico, análisis de laboratorio o histopatológico y/o imagen.
- 19) Daños y perjuicios causados por los profesionales médicos y/o los auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado, que actúen o hayan actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, alcaloides o alcohol.
- 20) Daños y perjuicios derivados de ACTOS, HECHOS U OMISIONES realizadas por profesionales médicos y/o auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado, que no estén legalmente habilitados para ejercer o practicar la medicina, odontología y/o sus actividades auxiliares, o administrar o asesorar sobre Medicina o tratamientos médicos.
- 21) Los reclamos derivados de hechos respecto de los cuales el Asegurado no haya llevado y conservado durante un mínimo de CINCO (5) años los documentos y registros de su actividad Profesional, en caso de que no pueda reconstruirse judicialmente la documentación base del reclamo.
- 22) Daños y perjuicios provocados por ACTOS, HECHOS U OMISIONES prohibidas por las leyes, decretos, resoluciones y sus respectivas reglamentaciones en caso de que existiesen, que regulan la actividad del Asegurado y Normas y/o Resoluciones dictadas por el o los Organismos de Control que regulan la actividad del Asegurado, vigentes al momento de producirse el hecho que da origen al reclamo.
- 23) Errores, inexactitudes o modificaciones en presupuestos de costos u honorarios y/o gastos de Servicios prestados por el Asegurado.
- 24) Todo acto Médico producido por el uso o la posesión de aparatos, equipos o materiales no reconocidos y/o aprobados por las normas de la Ciencia Médica.
- 25) Todos los tratamientos o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, aceptados o aprobados por las normas de la Ciencia Médica, o derivados de la responsabilidad civil del fabricante de los medicamentos indicados o administrados bajo la responsabilidad del Asegurado, cuando el daño se origine por deficiencias o alteraciones en el producto y no por culpa del Asegurado; o derivados de los daños causados por medicamentos en fase experimental I, II, III y IV y cuyo desarrollo del Protocolo no se encuentre registrados ante la autoridad nacional competente, o su equivalente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
- 26) Enfermedades genéticas en el caso que se determine que ellas hayan sido causadas por una manipulación genética por parte del Asegurado o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el Asegurado, independientemente que efectúe prácticas de fertilización asistida en el Establecimiento Asegurado o en forma individual o que el equipo o miembro del equipo o profesional independiente no se halle acreditado por el organismo que corresponda, para practicar dicha especialidad.
- 27) Transmisión de una enfermedad que sufra algún profesional o auxiliar por quien el Asegurado deba responder y que le sea transmitida a través de su práctica médica o auxiliar, ya sea por un paciente, por un tercero ajeno al acto médico, por otro profesional o auxiliar o por algún instrumental médico.
- 28) Cualquier demanda contra el Asegurado efectuada por cualquier persona, originada por la muerte o lesión física o mental, sufrida a causa de enfermedades contagiosas o de cualquier otro tipo, que tuvo lugar o que fue transmitida durante el plazo de un contrato de prestación de servicios o entrenamiento médico bajo cualquier modalidad, con o en nombre del Asegurado.

- 29) Toda demanda a un Asegurado conforme a la presente, proveniente de actos realizados por el Asegurado y/o sus dependientes y/o sus empleados, realizados por, y/o en lugar, de y/o en conexión con, un Banco de Sangre (como se define aquí) SALVO que el acto se haya realizado respetando y cumpliendo con las Normas de la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmuno hematología (última edición), para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Por Banco de Sangre, a los efectos de esta póliza deberá entenderse el lugar tanto dentro cuanto fuera del Establecimiento del Asegurado donde se efectúe la determinación de la conveniencia terapéutica de la indicación de la transfusión de sangre y/o componentes, así como su recolección, estudio, almacenamiento, procesamiento y distribución y cualquier otro uso de la sangre y/o productos derivados de la sangre, que haya sido realizado por el servicio de la institución asegurada.
- 30) La negativa a prestar servicios profesionales con la inmediatez necesaria, si dicha negativa se basa solo en la incapacidad de la persona de abonar esos servicios.
- 31) Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.
- 32) Polución provocada por residuos patogénicos o contaminantes, o gastos y costos de regulaciones gubernamentales para disponer, limpiar, remover, tratar o neutralizar tales residuos.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

ANEXO 100

CONDICIONES GENERALES COMUNES

ADVERTENCIA AL ASEGURADO Esta póliza se emite bajo la condición de que el hecho 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 Cobertura, Renovación o durante el Período de Extensión de Denuncias.

PREMINENCIA NORMATIVA

Cláusula 1 – La presente póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, tendrán preeminencia de acuerdo al siguiente orden de prelación:

- a) Normas de orden público de las Leyes N° 17.418 y N° 20.091;
- b) Condiciones Particulares;
- c) Cláusulas Adicionales;
- d) Condiciones Generales Específicas;
- e) Condiciones Generales Comunes.

RIESGO CUBIERTO Y TIPO DE COBERTURA

Cláusula 2 – Ésta póliza cubre únicamente la Responsabilidad Civil Profesional Médica Institucional del Asegurado en que incurra por ACTOS, HECHOS U OMISIONES que le fueren imputables, realizados con culpa o negligencia y derivados única y exclusivamente de la Prestación del Servicio del Cuidado de la Salud brindada en el Establecimiento Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, y sujeto a las condiciones, alcances, límites y exclusiones de cobertura establecidos en el presente contrato de seguro, y en especial las de esta cláusula.

El Asegurador cubre también la Responsabilidad Civil Profesional Médica por la que el Asegurado deba responder por ACTOS, HECHOS U OMISIONES realizados con culpa o negligencia de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el Asegurado, reservándose el derecho de repetición contra los mismos de conformidad con la Cláusula 20 de las presentes Condiciones Generales Comunes.

Tal cobertura operará siempre y cuando se hayan cumplido las condiciones que se indican a continuación:

- a) Que los ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas o negligentes del Asegurado, que hayan originado daños y perjuicios a los DAMNIFICADOS RECLAMANTES, de los cuales se derive su RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INSTITUCIONAL, hayan ocurrido durante el período de vigencia de la presente póliza o durante la RETROACTIVIDAD contratada por ésta póliza, y que se halla indicada en las Condiciones Particulares, y
- b) que el damnificado reclamante o sus derechohabientes hayan formulado su reclamo económico y notificado fehacientemente por escrito al Asegurado su pretensión económica durante el período de vigencia de ésta póliza, su renovación o durante el periodo de Extensión de Denuncias.

En consecuencia, quedarán excluidas de la cobertura todos los reclamos derivados de ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas o negligentes cometidas fuera del PERIODO de cobertura de la presente Póliza y las notificaciones formuladas por el Asegurado, o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del Asegurador fuera del límite temporal de vigencia de esta Póliza, o del Período Automático de Extensión de Denuncias, aunque deriven de ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas producidas durante su vigencia.

Queda entendido y convenido que, respecto de cualquier eventual reclamo económico de los damnificados o sus derechohabientes, la cobertura asegurativa que otorga la presente póliza queda condicionada a que se hayan cumplido todos los requisitos referidos en los incisos a) y b) de la presente cláusula, y en consecuencia, el no cumplimiento de cualquiera de ellos implicará que no exista la mencionada cobertura, por lo que el Asegurador se desliga de toda responsabilidad emergente del presente contrato.

Los RECLAMOS CONCURRENTES serán considerados como un solo reclamo y respecto a la temporalidad de los mismos, todos serán considerados como efectuados en el mismo momento que el primero de ellos.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Cláusula 3 - Se consideran como riesgos expresamente excluidos de la cobertura que otorga la presente póliza los que se indican a continuación y en consecuencia, el Asegurador no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- 1) La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado, incluida la Responsabilidad Civil Extracontractual objetiva o subjetiva que se le pueda atribuir en razón de su actividad.
- 2) Daños y perjuicios a personas no consideradas terceros a los fines de esta cobertura. A tal efecto no serán terceros:
 - a) El cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad (en el caso de sociedades o instituciones de los de los accionistas, directivos, síndicos e integrantes del Órgano de Administración ya sean titulares o suplentes), profesionales médicos y/o auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado y las personas que posean “trato familiar ostensible” con cualquiera de ellos en los términos del Artículo 1741 del Código Civil y Comercial de la Nación.
 - b) Las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado, en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo.
 - c) Los contratistas y/o sub contratistas y sus dependientes cuando el daño sufrido se haya originado en ejercicio u ocasión del trabajo específico para el cual hayan sido contratados.
 - d) Las personas vinculadas con el Asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- 3) Daños y perjuicios provocados por Profesionales al Servicio del Asegurado que no posean el título habilitante y la matrícula vigente, para desempeñarse en la profesión y especialidad para la que fueron contratados al servicio del Asegurado, ya sea como profesional de staff, en relación de dependencia, por contrato o por honorarios.
- 3) El incumplimiento del secreto profesional de parte del Asegurado propiamente dicho o de su personal, ya sea profesional, técnico, miembro del equipo, habitual o transitorio, auxiliar o administrativo, siempre que exista condena de inhabilitación especial de acuerdo con lo prescripto por el Art. 156 del Código Penal Argentino sobre cualquiera de las personas mencionadas, o que exista una condena civil por indemnización de daños y perjuicios, y que la misma se fundamente, ya sea parcial o totalmente en dicho incumplimiento, y por la cual el Asegurado deba responder.

- 4) Daños y perjuicios originados por dolo del Asegurado.
- 5) ACTOS, HECHOS U OMISIONES fraudulentas, criminales y/o maliciosas cometidos por el Asegurado y/o sus dependientes.
- 6) Reclamos interpuestos y/o radicados contra el Asegurado fuera del territorio de la República Argentina y/o acuerdos en mediación, acuerdos extrajudiciales y/o sentencias producidas o dictadas fuera del territorio de la República Argentina.
- 7) Reclamos efectuados ante tribunales extranjeros y los derivados de la infracción, o inobservancia del derecho extranjero.
- 8) Responsabilidades civiles contractuales que deriven de las cláusulas especiales contenidas en contratos celebrados con los Pacientes y que amplíen o extiendan la responsabilidad del Asegurado más allá de los límites básicos establecidos por la ley aplicable al caso.
- 9) Responsabilidades asumidas por el Asegurado bajo cualquier contrato o convenio o cualquier tipo de garantía, cláusula penal o equivalente; esta exclusión no se aplica a la responsabilidad que el Asegurado hubiera tenido de no existir dicho contrato o convenio.
- 10) Multas u otras penalidades aplicadas tanto en lo administrativo cuanto en los fueros civil, comercial o penal judicial.
- 11) Devolución, restitución o compensación de honorarios, gastos o costos pagados al Asegurado.
- 12) Insolvencia, quiebra o concurso del Asegurado.
- 13) Reclamos por costos necesarios para cumplir cualquier medida cautelar autosatisfactiva, no siendo obligación del Asegurador sustituir dicha medida.
- 14) Cualquier tipo contrato de alquiler, arriendo o leasing en el cual el Asegurado resultare locador, locatario o fiador.
- 15) Injurias, calumnias, difamación, u ataques al buen nombre y honor.
- 16) Actos de discriminación cometidos por el Asegurado, entendiéndose por tales los ACTOS, HECHOS U OMISIONES originados en razón de la nacionalidad, raza, religión, edad o sexo o condición de género.
- 17) Obligaciones emergentes de la Ley de Contrato de Trabajo Nº 20.744, Ley de Jubilaciones y Fondos de Pensiones Nº 24.241 y Ley de Riesgo de Trabajo Nº 25.557, y sus normas complementarias o modificatorias que puedan dictarse en el futuro o cualquier otra obligación adquirida por el Asegurado como empleador o potencial empleador con cualquier empleado o quien alegue la condición de Empleado.
- 18) Pérdidas, daños, destrucción, gasto incurrido en el reemplazo o restauración de cualquier documento, estudio médico, análisis de laboratorio o histopatológico y/o imagen.
- 19) Daños y perjuicios causados por los profesionales médicos y/o los auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado, que actúen o hayan actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, alcaloides o alcohol.
- 20) Daños y perjuicios derivados de ACTOS, HECHOS U OMISIONES realizadas por profesionales médicos y/o auxiliares de la medicina al servicio del Asegurado, que no estén legalmente habilitados para ejercer o practicar la medicina, odontología y/o sus actividades auxiliares, o administrar o asesorar sobre Medicina o tratamientos médicos.
- 21) Los reclamos derivados de hechos respecto de los cuales el Asegurado no haya llevado y conservado durante un mínimo de CINCO (5) años los documentos y registros de su actividad Profesional, en caso de que no pueda reconstruirse judicialmente la documentación base del reclamo.
- 22) Daños y perjuicios provocados por ACTOS, HECHOS U OMISIONES prohibidas por las leyes, decretos, resoluciones y sus respectivas reglamentaciones en caso de que existiesen, que regulan la actividad del Asegurado y Normas y/o Resoluciones dictadas por el o los Organismos de Control que regulan la actividad del Asegurado, vigentes al momento de producirse el hecho que da origen al reclamo.
- 23) Errores, inexactitudes o modificaciones en presupuestos de costos u honorarios y/o gastos de Servicios prestados por el Asegurado.
- 24) Todo acto Médico producido por el uso o la posesión de aparatos, equipos o materiales no reconocidos y/o aprobados por las normas de la Ciencia Médica.
- 25) Todos los tratamientos o indicación y administración de medicamentos no reconocidos, aceptados o aprobados por las normas de la Ciencia Médica, o derivados de la responsabilidad civil del fabricante de los medicamentos indicados o administrados bajo la responsabilidad del Asegurado, cuando el daño se origine por deficiencias o alteraciones en el producto y no por culpa del Asegurado; o derivados de los daños causados por medicamentos en fase experimental I, II, III y IV y cuyo desarrollo

- del Protocolo no se encuentre registrados ante la autoridad nacional competente, o su equivalente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
- 26) Enfermedades genéticas en el caso que se determine que ellas hayan sido causadas por una manipulación genética por parte del Asegurado o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el Asegurado, independientemente que efectúe prácticas de fertilización asistida en el Establecimiento Asegurado o en forma individual o que el equipo o miembro del equipo o profesional independiente no se halle acreditado por el organismo que corresponda, para practicar dicha especialidad.
 - 27) Transmisión de una enfermedad que sufra algún profesional o auxiliar por quien el Asegurado deba responder y que le sea transmitida a través de su práctica médica o auxiliar, ya sea por un paciente, por un tercero ajeno al acto médico, por otro profesional o auxiliar o por algún instrumental médico.
 - 28) Cualquier demanda contra el Asegurado efectuada por cualquier persona, originada por la muerte o lesión física o mental, sufrida a causa de enfermedades contagiosas o de cualquier otro tipo, que tuvo lugar o que fue transmitida durante el plazo de un contrato de prestación de servicios o entrenamiento médico bajo cualquier modalidad, con o en nombre del Asegurado.
 - 29) Toda demanda a un Asegurado conforme a la presente, proveniente de actos realizados por el Asegurado y/o sus dependientes y/o sus empleados, realizados por, y/o en lugar, de y/o en conexión con, un Banco de Sangre (como se define aquí) SALVO que el acto se haya realizado respetando y cumpliendo con las Normas de la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmuno hematología (última edición), para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Por Banco de Sangre, a los efectos de esta póliza deberá entenderse el lugar tanto dentro cuanto fuera del Establecimiento del Asegurado donde se efectúe la determinación de la conveniencia terapéutica de la indicación de la transfusión de sangre y/o componentes, así como su recolección, estudio, almacenamiento, procesamiento y distribución y cualquier otro uso de la sangre y/o productos derivados de la sangre, que haya sido realizado por el servicio de la institución asegurada.
 - 30) La negativa a prestar servicios profesionales con la inmediatez necesaria, si dicha negativa se basa solo en la incapacidad de la persona de abonar esos servicios.
 - 31) Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.
 - 32) Polución provocada por residuos patogénicos o contaminantes, o gastos y costos de regulaciones gubernamentales para disponer, limpiar, remover, tratar o neutralizar tales residuos.

DEFINICIONES

Cláusula 4 – A los efectos de los alcances de la presente Póliza, se definen los siguientes términos:

- a) **ACTOS, HECHOS U OMISIONES:** Es todo incumplimiento de sus obligaciones como Establecimiento de Salud, del tipo indicado en las Condiciones Particulares, por negligencia, error, declaración errónea o todo acto u omisión culposo del Asegurado o de otras personas por las cuales él sea legalmente responsable y que puede generar un RECLAMO cubierto por el presente contrato de seguro, cometido sólo y exclusivamente:
 - i) durante y/o con motivo de la prestación a un PACIENTE de servicios profesionales relativos al Establecimiento de Salud del tipo indicado en las Condiciones Particulares;
 - ii) durante la VIGENCIA DE LA PÓLIZA o dentro del periodo de RETROACTIVIDAD y dentro de la JURISDICCIÓN,
 - iii) que le ocasione un daño y perjuicio al PACIENTE.
- b) **PACIENTE(s):** Es toda persona física a la que el Asegurado le ha prestado o le presta sus servicios de salud en las especialidades declaradas en la Solicitud de Seguro, dentro del Establecimiento de Salud asegurado, durante la vigencia de la póliza y en la JURISDICCION indicada.
- c) **JURISDICCION:** Es la jurisdicción(es) o el ámbito(s) territorial(es) dentro del cual el Asegurado presta sus Servicios de Salud a sus PACIENTES y en la que, además, está habilitado conforme a su ley y normativa vigente; la JURISDICCION se indica en las Condiciones Particulares.
- d) **RECLAMO:** Se considera RECLAMO a toda petición formulada por escrito por un tercero dirigida al Asegurado que contenga una pretensión indemnizatoria por cualquier acto culposo o negligente, cierto o presunto, o la manifestación expresa de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier acto culposo o negligente.
- e) **RECLAMOS CONCURRENTES:** Se entiende por RECLAMOS CONCURRENTES a aquellos reclamos derivados de un mismo acto culposo generador de responsabilidad. También se entenderá por

RECLAMOS CONCURRENTES a los reclamos derivados de distintos ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas que deban ser reputados como uno solo.

- f) **RETROACTIVIDAD:** Se entiende por RETROACTIVIDAD, la fecha en que comienza a regir la primera cobertura contratada por el Asegurado con este Asegurador, la cual se indica en las Condiciones Particulares. Por lo tanto cada vez que en la presente póliza se mencione el término RETROACTIVIDAD, deberá entenderse que se esta refiriendo a la fecha en que comenzó su primer período de cobertura bajo esta Póliza y con este Asegurador y cada sucesiva renovación no alterará dicha fecha inicial, salvo que el Asegurado y el Asegurador hayan pactado otra distinta, la que también deberá constar en las Condiciones Particulares.

ÁMBITO DE LA COBERTURA

Cláusula 5 - El ámbito de aplicación de la presente cobertura comprende la Responsabilidad Civil que se derive de ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas realizados por el Asegurado dentro de la o las Jurisdicciones donde se encuentre debidamente matriculado y autorizado para el ejercicio de su profesión en tanto ellas se encuentren dentro del Territorio de la República Argentina. La o las jurisdicciones se indican en las Condiciones Particulares.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Cláusula 6 - La responsabilidad del Asegurador comienza a las DOCE (12) horas del día en el que se inicia la cobertura y termina a las DOCE (12) horas del último día del plazo establecido, salvo pacto en contrario (Art. 18 - Ley de Seguros N° 17.418).

SUMA ASEGURADA Y DESCUBIERTO OBLIGATORIO

Cláusula 7 - La Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares, representa el límite máximo de responsabilidad por acontecimiento que asume el Asegurador. Se entiende por acontecimiento todo evento que pueda ocasionar uno o más reclamos, producto de un mismo hecho generador.

LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO: Si a consecuencia de un mismo hecho generador se produjeren varios reclamos, por distintos pretensores, la suma indicada en las Condiciones Particulares como LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO no sufrirá incremento alguno dado que es la máxima suma por la cual responderá el Asegurador por todos esos reclamos.

LÍMITE EN EL AGREGADO ANUAL: Si durante la vigencia de la cobertura se produjeran reclamaciones de terceros a consecuencia de distintos hechos independientes en el tiempo, la máxima indemnización admisible por todos los actos cubiertos y por el total de todos los reclamos, ocurridos o que se le formularsen durante la vigencia de la Póliza y el PERÍODO AUTOMÁTICO DE EXTENSIÓN DE DENUNCIAS, no excederá la suma indicada en las Condiciones Particulares como LÍMITE EN EL AGREGADO ANUAL, con más los gastos, costas y honorarios por la defensa judicial e intereses legales, en la misma proporción del daño que tuvo que ser soportado por el Asegurado, y aún cuando la pretensión del tercero sea rechazada (Arts. 110 y 111, Ley N° 17418 de Seguros).

El Asegurado participará en todo y cada siniestro con un Descubierta Obligatorio a su cargo, el cual se indica en las Condiciones Particulares.

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

Cláusula 8 - En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, éste deberá dar aviso fehaciente al Asegurador de la demanda promovida a más tardar el día siguiente hábil de notificado y remitir simultáneamente al Asegurador la/s cédula/s, copias y demás documentos objeto de la notificación.

El Asegurador deberá asumir o declinar la defensa del Asegurado. Se entenderá que el Asegurador asume la defensa, si no la declinara mediante aviso fehaciente dentro de DOS (2) días hábiles de recibida la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asuma el Asegurador deberá designar el o los profesionales que representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga y a otorgar en favor de los profesionales designados el respectivo poder para el ejercicio de la representación legal,

entregando el respectivo instrumento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes pongan personalmente a su cargo.

Cuando la demanda o demandas excedan las sumas aseguradas, el Asegurado puede, a su cargo, participar también en la defensa con el profesional que designe al efecto.

El Asegurador podrá en cualquier tiempo, mediante comunicación fehaciente, declinar en el juicio la defensa del Asegurado.

Si El Asegurador no asumiera la defensa en el juicio, o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquél, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.

La asunción por el Asegurador de la defensa en el juicio civil o criminal, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente el Asegurador tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarlas dentro de los CINCO (5) días hábiles de dicho conocimiento.

Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que el Asegurador las sustituya.

Cualquier acuerdo judicial o extrajudicial con el tercero perjudicado, sus beneficiarios o herederos, solamente será reconocido por el Asegurador, si tuviera su previa autorización.

OPCIÓN DEL ASEGURADOR: En relación con la demanda o serie de demandas que se presenten contra el Asegurado, como consecuencia a una sola fuente o causa original, el Asegurador podrá depositar en pago la Suma Asegurada y el importe de los gastos y costas devengados hasta ese momento, luego de deducidos cualquier daño, costos y gastos ya pagados, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa liberándose de los gastos y costas que se devenguen posteriormente (Art. 110 – L. de S.).

DEFENSA EN JUICIO PENAL

Cláusula 9 - Si se promoviera proceso penal y correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso al Asegurador en oportunidad de tomar conocimiento de dicha circunstancia.

En caso de que solicitara la asistencia penal al Asegurador éste deberá expedirse sobre si asumirá la defensa o no dentro del plazo de CINCO (5) días hábiles de recibida tal comunicación. En caso de silencio se considerará que el Asegurador no ha ejercido tal facultad. Si la defensa no fuese asumida por el Asegurador, el Asegurado deberá designar a su costa al profesional que lo defienda e informarle de las actuaciones producidas en el juicio y las sentencias que se dictaren.

En caso de aceptar la defensa, el Asegurado deberá suscribir los documentos necesarios que permitan ejercerla a favor de los profesionales que el Asegurador designe. En cualquier caso el Asegurado podrá designar a su costa al profesional que lo defienda y deberán informarle de las actuaciones producidas en el juicio y las sentencias que se dictaren. Si el Asegurador participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiera designado al efecto.

Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria, será de aplicación lo previsto en el último párrafo (OPCIÓN DEL ASEGURADOR) de la Cláusula 8 precedente.

VERIFICACIÓN DEL HECHO

Cláusula 10 – El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador; es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

RESCISIÓN UNILATERAL

Cláusula 11 - Sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula 13 de las presentes Condiciones Generales Comunes, relativa al “Período Automático de Extensión de Denuncias a TRES (3) Años”, cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar la causa.

Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de QUINCE (15) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que el Asegurador quede notificado en forma fehaciente de la decisión (Art. 18 – L. de S.).

Cuando la vigencia del seguro rija de DOCE (12:00) a DOCE (12:00) horas, la rescisión se producirá desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario desde la hora VEINTICUATRO (24:00).

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, segundo párrafo - L. de S.).

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 12 - La cobertura del Asegurado quedará rescindida y sin valor alguno en los siguientes casos:

- a) Por haber sido dada de baja la habilitación y/o inscripción del Asegurado en los registros a cargo de la autoridad de control competente en materia de salud y/o de servicios para los que fue autorizado.
- b) Por rescisión, caducidad o cancelación de la presente Póliza.
- c) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes y en la Cláusula de Cobranza de Premios.

PERÍODO AUTOMÁTICO DE EXTENSIÓN DE DENUNCIAS A TRES (3) AÑOS

Cláusula 13 - En caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, cualquiera fuere la causa, el Asegurador extenderá por un período de TRES (3) años a contar desde la finalización de la vigencia de la presente Póliza o desde la rescisión de la misma por alguna de las partes, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la finalización la vigencia de esta Póliza y exclusivamente por ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas ocurridos durante tal periodo.

En consecuencia este período de extensión automática para denuncias por TRES (3) años solo cubrirá:

- a) Los ACTOS, HECHOS U OMISIONES culposas imputables a la responsabilidad del Asegurado que hayan ocurrido luego de la fecha retroactiva o durante la vigencia de la Póliza no renovada y que
- b) los reclamos sean efectuados y notificados con posterioridad a la vigencia de la Póliza no renovada hasta un plazo de TRES (3) años desde la finalización de la vigencia de la presente Póliza.

El LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO y el LÍMITE EN EL AGREGADO ANUAL vigentes para el último período de vigencia de la Póliza, indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y con los alcances previstos en la Cláusula 7 de las presentes Condiciones Generales Comunes, son los que regirán como límites de cobertura para el presente periodo de Extensión de Denuncias y por lo tanto este período adicional de extensión de denuncias no supondrá en ningún caso una ampliación de los montos de indemnización fijados en el contrato.

La presente cláusula quedará inválida y sin efecto alguno entre las partes, en caso de anulación de la presente Póliza por falta de pago del premio establecido.

PAGO DE LA PRIMA

Cláusula 14 - La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la Póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 30 L. de S.).

En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente Póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de Cobranza de Premios que forma parte del presente contrato.

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador y de los Profesionales Asegurados, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 15 - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato

produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

CARGAS DEL ASEGURADO

Cláusula 16 – Notificación de Actos Susceptibles de Generar Reclamos: El Asegurado deberá denunciar al Asegurador por escrito, dentro del plazo de TRES (3) días de conocido por él, cualquier circunstancia o hecho ocurrido durante la vigencia de la póliza, que pudiere significar mediata o inmediatamente la posibilidad-aunque no fuere próxima- de un reclamo contra el mismo.

En caso de que el Asegurado no hubiese conocido o no hubiese podido razonablemente conocer tales circunstancias o hechos, el plazo de TRES (3) días se considerará a partir de la denuncia o reclamo que haga el tercero.

La notificación del posible siniestro deberá contener:

- a) Lugar, fecha y hora en que tuvo lugar el acto médico o los servicios profesionales prestados por el Asegurado.
- b) Descripción detallada de lo ocurrido, incluyendo qué servicios profesionales fueron o debieron haber sido prestados.
- c) Nombre y domicilio de la persona afectada.
- d) Nombre y domicilio de los testigos, si los hubiere.

Efectuada esta notificación por el Asegurado, el posible siniestro quedará cubierto aún cuando el reclamo del tercero se produjere con posterioridad al período de vigencia de la Póliza o de sus sucesivas renovaciones siempre que al finalizar la última vigencia con este Asegurador se encuentre vigente el Período Automático de Extensión de Denuncias.

El incumplimiento de esta carga impuesta al Asegurado por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

Cláusula 17 – Notificación de Reclamos: Sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula 16 precedente, el Asegurado se obliga a notificar al Asegurador por escrito dentro del término perentorio de TRES (3) días, y bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento, derivado de un hecho eventualmente cubierto por esta Póliza. (Art.47 L. de S.).

El Asegurado no puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción alguna sin anuencias del Asegurador salvo, en interrogación judicial, el reconocimiento de hechos (Art. 116 L. de S.).

Cláusula 18 – Cargas Convencionales: El Asegurado deberá:

- a) Contar con y mantener vigente y a disposición del Asegurador todas las habilitaciones e inscripciones en registros que sean requeridos por autoridades nacionales, provinciales y/o municipales para el normal y legal funcionamiento del o de los Establecimientos de Salud del Asegurado incluso en relación a los profesionales y/o auxiliares de salud que se encuentran a su servicio.
- b) Verificar que los servicios a prestar con intervención de terceros, sean provistos por profesionales y/o Establecimientos de Salud que tengan en vigor las matrículas y/o habilitaciones otorgadas por las autoridades competentes para el ejercicio de su actividad.
- c) Cumplir con las cargas impuestas por las disposiciones legales y administrativas que regulan cada actividad profesional y técnica, que desarrolla el Asegurado, cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad desarrollada por el Asegurado.
- d) Mantener el edificio y sus instalaciones en perfecto estado de conservación y mantenimiento, controlando particularmente el estado de revoques, pintura y carpintería y la inexistencia de filtraciones en cielorrasos y/o paredes.
- e) Mantener en todo momento las rampas de acceso despejadas y en buen estado de conservación.
- f) Mantener en perfecto estado de mantenimiento, uso y conservación los ascensores, montacargas, calderas, carteles, letreros y antenas instalados en el o los Establecimiento/s Asegurado/s, de conformidad con las especificaciones del fabricante y las disposiciones emanadas de la autoridad competente.
- g) Mantener en perfecto estado de conservación y mantenimiento la instalación para la distribución de agua y proveer en forma continua e ininterrumpida de agua a todas las instalaciones del Establecimiento Asegurado.

- h) Mantener las instalaciones libre de todo tipo de animales e insectos manteniendo en forma continua e ininterrumpida métodos sistemáticos de control.
- i) Comunicar al personal que utiliza material descartable la prohibición de su reutilización, proveer de los elementos de disposición adecuados, particularmente de recipientes rígidos para el descarte sin reencapsulado de material descartable punzante o cortante y verificar el cumplimiento del protocolo de descarte.
- j) Comunicar al personal que los frascos-ampollas deberán ser desechados luego de su primer uso, no siendo posible su reutilización en otros pacientes y verificar el cumplimiento del protocolo de descarte.
- k) Comunicar al Asegurador todo servicio médico o auxiliar que se agregue, modifique o amplíe durante la vigencia de la póliza o en el momento de su renovación, que modifique lo declarado al solicitar el seguro.
- l) Aportar toda la documentación e información que le sea requerida por el Asegurador en relación a la presente póliza y las coberturas otorgadas por la misma.

El Asegurador se reserva el derecho de practicar Auditoría Médico-Legal de la Documentación Clínica así como de la aplicación, utilización y documentación del Proceso de Consentimiento Informado. La prueba de la adulteración de la Historia Clínica estará a cargo del Asegurador, pero en caso de comprobarse, se procederá al inmediato rechazo del siniestro, cualquiera sea la etapa en la que se hallara el reclamo del tercero.

La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen por escrito como endoso a esta póliza o sean expresadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO - EFECTOS

Cláusula 19 - Si el Asegurado renueva consecutiva e ininterrumpidamente con el Asegurador los contratos de seguros que cubren estos riesgos, en condiciones equivalentes a las del presente contrato, cada nueva póliza que se emita, además de los riesgos cubiertos en la Cláusula 2 de sus Condiciones Generales Comunes, amparará también las consecuencias de los reclamos económicos que los damnificados reclamantes hayan formulado y notificado fehacientemente al Asegurado dentro del período de vigencia de dicha nueva póliza y que provengan de actos, hechos u omisiones de este último ocurridos durante el período transcurrido desde la iniciación de la vigencia de la primer póliza renovada hasta la iniciación de la vigencia de la última póliza vigente y en la medida que dichos riesgos se encuentren cubiertos en cada una de las pólizas anteriores.

SUBROGACIÓN

Cláusula 20 - Los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren al Asegurador hasta el monto de la indemnización abonada. El Asegurado es responsable de todo acto que perjudique este derecho del Asegurador.

El Asegurador no puede valerse de la subrogación en perjuicio del Asegurado (Art.80 - L. de S.).

PRESCRIPCIÓN

Cláusula 21 - Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de UN (1) año, computando desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización. (Art. 58 - Ley de Seguros N° 17.148).

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 22 - El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros N° 17.418 es el último declarado por ellas.

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 23 - Todos los plazos de días indicados en la presente Póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Cláusula 24 - Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites de la República Argentina.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus derecho-habientes, podrá presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la Póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

Cláusula 25 - El Asegurado podrá solicitar, en cualquier momento y sin cargo, copia o duplicado de la Póliza. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la Póliza.

CESIÓN DE DERECHOS

Cláusula 26 - La presente Póliza es intransferible, por lo tanto cualquier cesión se considerará nula y sin valor.

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

Cláusula 27 - De conformidad con la Ley de Seguros N° 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo pertinente de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés.

- Uso de los Derechos por el Tomador o Asegurado: Cuando el Tomador se encuentre en posesión de la póliza, puede disponer de los derechos que emergen de ésta; para cobrar la indemnización el Asegurador le puede exigir el consentimiento del Asegurado (Art. 23 de la Ley de Seguros N° 17.418). El Asegurado solo puede hacer uso de los derechos sin consentimiento del Tomador, si posee la póliza (Art. 24 de la Ley de Seguros N° 17.418).
- Reticencia o Falsa Declaración: Las declaraciones falsas o reticencias de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún incurridas de buena fe, producen la nulidad del contrato en las condiciones establecidas por los Arts. 5 y correlativos de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Mora Automática - Domicilio: Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Arts. 15 y 16 de la Ley de Seguros N° 17.418).
- Agravación del Riesgo: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del seguro y cuando se deba a un hecho del Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Arts. 37 y correlativos de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Exageración Fraudulenta o Prueba Falsa del Siniestro o de la Magnitud de los Daños: El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Art. 48 de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Provocación del Siniestro: El Asegurador queda liberado si el siniestro es provocado por el Asegurado o beneficiario, dolosamente o por culpa grave, conforme al Art. 70 y 114 de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Pluralidad de Seguros: Si el Asegurado cubre el mismo interés y riesgo con más de un Asegurador, debe notificarlo a cada uno de ellos, bajo pena de caducidad, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada (Art. 67 - Ley de Seguros N° 17.418). La notificación se hará al efectuar la denuncia del siniestro y en las otras oportunidades en que el Asegurador se lo requiera. En el caso de existir

otros seguros en la fecha de ocurrencia de un siniestro para la cobertura del riesgo previsto en este contrato, el Asegurador contribuirá en la proporción existente entre la suma asegurada del presente contrato como LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO y la totalidad del importe asegurado por todas las pólizas vigentes a la fecha del hecho acaecido. Los seguros plurales celebrados con intención de enriquecimiento por el Asegurado son nulos (Art. 68 - Ley de Seguros N° 17.418).

- Obligación de Salvamento: El Asegurado está obligado a proveer lo necesario para evitar o disminuir el daño y observar las instrucciones del Asegurador, y si las viola dolosamente o por culpa grave, el Asegurador queda liberado (Art. 72 - Ley de Seguros N° 17.418).
- Cambio en las Cosas Dañadas: El Asegurado no puede introducir cambios en las cosas dañadas y su violación maliciosa libera al Asegurador, de conformidad con el Art. 77 de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Cambio del Titular del Interés: Todo cambio de titular del interés asegurado debe ser notificado al Asegurador dentro de los SIETE (7) días de acuerdo con los Arts. 82 y 83 de la Ley de Seguros N° 17.418.
- Facultades del Productor o Agente: Sólo está facultado para recibir propuestas y entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador.
Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Arts. 53 y 54).

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

Cláusula 28 - El Asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por el Asegurador en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CLÁUSULAS ADICIONALES A LAS CONDICIONES GENERALES COMUNES (Sólo se indicarán las efectivamente contratadas)

CLÁUSULA 101

VIGENCIA DESDE LAS 0 HORAS.

Queda entendido y convenido que contrariamente a lo indicado en el frente de la Póliza, la vigencia de la misma comenzará a las CERO (0:00) horas del día estipulado como inicio de la misma y finalizará a las VEINTICUATRO (24:00) horas del día acordado como finalización de la vigencia.

CLÁUSULA 102

AMPLIACIÓN PERÍODO AUTOMÁTICO DE EXTENSIÓN DE DENUNCIAS Plazo Convenido Superior a TRES (3) Años

Queda entendido y convenido que el plazo de extensión de denuncias establecido en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes se reemplaza por el plazo indicado en las Condiciones Particulares para esta ampliación.

CLÁUSULA 103

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso 1) de la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado en razón de la Responsabilidad Civil Extracontractual que surja de la violación del deber de no dañar a otro (Artículo 1716 del Código Civil y

Comercial de la Nación) en que incurra exclusivamente en razón del ejercicio su actividad declarada en el o los Establecimiento/s de Salud de propiedad del Asegurado.

CLÁUSULA 104

REEMPLAZO O RESTAURACIÓN DE DOCUMENTOS

Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso 18) de la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado por reclamos en los que directamente se pretenda el resarcimiento de pérdidas, daños, destrucción, gasto incurrido en el reemplazo o restauración de cualquier documento, estudio médico, análisis de laboratorio o histopatológico y/o imagen.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
PARA CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES PÚBLICOS Y/O PRIVADOS Y
CENTROS MÉDICOS CON Y/O SIN INTERNACIÓN**

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

ANEXO 1

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda realizar al Asegurado de acuerdo con las habilitaciones con que cuenta o las especialidades declaradas en la Solicitud de Seguro.
- c) Rayos X o radiaciones derivadas del uso o tenencia de aparatos y materiales, cuando cualquiera de ellos no sean los conocidos y aceptados por la Ciencia Médica.
- d) Cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.
- e) Actos médicos realizados con el único objeto de producir la pérdida de peso o embellecimiento estético mediante liposucción, lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
- f) Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones administrativas, incluso aquellos que para su realización hubiera dependido de la habilitación o la especialidad del Asegurado o del profesional actuante, o la complejidad del Establecimiento Asistencial donde se hubiere realizado la práctica, para haberla podido realizar.
- g) Cirugía Plástica realizada con fines estéticos exclusivamente, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos en general, incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, a excepción de las cirugías plásticas reparadoras a consecuencia de un accidente de cualquier naturaleza, pero no relacionado con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.
- h) Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal.
- i) Intervenciones Quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo.
- j) Daños sufridos por el Paciente y/o su acompañante a consecuencia de un accidente de tránsito con cualquier vehículo provisto o contratado por el Asegurado, incluido pero no limitado al uso de ambulancias.

ANEXO 200

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
PARA CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES PÚBLICOS Y/O PRIVADOS Y
CENTROS MÉDICOS CON Y/O SIN INTERNACIÓN**

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO

Cláusula 1 – En adición a las estipulaciones de la Cláusula 2 – Riesgo Cubierto y Tipo de Cobertura de las Condiciones Generales Comunes y sujeto a las demás estipulaciones de las Condiciones Generales Comunes, esta póliza se amplía a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra por o con respecto a:

- a) El empleo de equipos, aparatos o instrumentos que tengan por fin específico el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, en la medida que dichos equipos se encuentren reconocidos por la ciencia médica, su utilización resultare adecuada al fin perseguido, y siempre que sean accionados por personal habilitado o calificado para ello y contaren con un servicio de mantenimiento adecuado a las necesidades del equipo de que se trate.
- b) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes transportados en Ambulancias en casos de urgencia, emergencia y/o simples traslados, equipadas y habilitadas de acuerdo con las disposiciones legales y/o administrativas vigentes en cada jurisdicción y/o que se dicten en el futuro, sean de propiedad del Asegurado y/o contratadas por éste, siempre que dichos daños y perjuicios estén originados, exclusivamente, en los actos y cuidados médicos que se brinden al paciente incluyendo las prestaciones brindadas con el equipamiento médico instalado dentro de la ambulancia, en tanto la existencia y prestación del servicio de ambulancias haya sido declarada al solicitar el seguro.
- c) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada de la aplicación de materias radiactivas naturales o artificiales en aparatos en los que está incorporado un isótopo irradiador (como por ejemplo una bomba de cobalto) y otras materias radiactivas.
- d) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada del accionar de los auxiliares que al servicio o bajo la supervisión del Asegurado ejerzan una actividad médica auxiliar, odontológica, farmacéutica o laboratorista, ya sea por negligencia o imprudencia o impericia en el desempeño de sus labores.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda realizar al Asegurado de acuerdo con las habilitaciones con que cuenta o las especialidades declaradas en la Solicitud de Seguro.
- c) Rayos X o radiaciones derivadas del uso o tenencia de aparatos y materiales, cuando cualquiera de ellos no sean los conocidos y aceptados por la Ciencia Médica.
- d) Cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.
- e) Actos médicos realizados con el único objeto de producir la pérdida de peso o embellecimiento estético mediante liposucción, lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
- f) Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones administrativas, incluso aquellos que para su realización hubiera dependido de la habilitación o la especialidad del Asegurado o del profesional actuante, o la complejidad del Establecimiento Asistencial donde se hubiere realizado la práctica, para haberla podido realizar.
- g) Cirugía Plástica realizada con fines estéticos exclusivamente, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos en general, incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, a excepción de las cirugías plásticas reparadoras a consecuencia de un accidente de cualquier naturaleza, pero no relacionado con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.
- h) Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal.
- i) Intervenciones Quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo.

- j) Daños sufridos por el Paciente y/o su acompañante a consecuencia de un accidente de tránsito con cualquier vehículo provisto o contratado por el Asegurado, incluido pero no limitado al uso de ambulancias.

CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

Cláusula 3 - El Asegurado, además de cumplir con las indicadas en las Cláusulas 16, 17 y 18 de las Condiciones Generales Comunes, deberá:

- a) A través de la Dirección Médica, impartir al personal médico, auxiliar y administrativo las directivas por escrito, quedando las constancias correspondientes y a disposición del Asegurador.
- b) Verificar el cumplimiento de las cargas impuestas por las disposiciones legales y administrativas que regulan la actividad de todo profesional médico que se desempeñe dentro del Establecimiento Asegurado, ya sea como médico de staff, en relación de dependencia, por contrato o por honorarios.
- c) Acreditar la verificación, efectuada por la Dirección Médica, del Título Profesional y Certificación de Especialista de todo profesional médico que se desempeñe dentro del establecimiento, ya sea como médico de staff, en relación de dependencia o por honorarios.
- d) Contar con personal médico y auxiliar en cantidad y calidad suficiente para el correcto cumplimiento de las Normas y/o Resoluciones dictadas por la autoridad de control competente en materia de salud.
- e) Mantener disponible y en perfecto estado de conservación y mantenimiento el equipamiento de emergencia adecuado para actuar ante reacciones alérgicas y/o indeseadas del Paciente, en los consultorios donde se efectúen estudios diagnósticos con la utilización de sustancias de contraste endovenosas.
- f) Mantener disponible y en perfecto estado de conservación y mantenimiento un carro de paro y desfibrilador para actuar ante emergencia cardiorrespiratoria, en los consultorios en que se efectúen ergometrías.
- g) Mantener disponible y en perfecto estado de mantenimiento y funcionamiento elementos para el lavado de manos del profesional y sus auxiliares en todo y cada Consultorio.
- h) Llevar adecuado registro de su atención a cada Paciente, ya sea en la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio. En dicho registro el Asegurado deberá hacer constar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija y legible, toda su actuación médica, odontológica y/o auxiliar de la Medicina relacionada con la atención del Paciente, así como todos los datos objetivos acerca del Paciente y de su estado clínico, realizando anamnesis, diagnósticos, indicaciones, evolución, y cierre de la Historia Clínica en todos los casos. Los mismos datos serán requeridos en caso de que el Asegurado utilice un sistema informatizado para la conformación de la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio. Iguales requisitos, ya sea en la modalidad manuscrita o informatizada, se imponen para la confección del resto de la Documentación que compone la Historia Clínica del Paciente, Protocolos Quirúrgicos y Anestésicos, registros de Monitoreo Cardiológico intraoperatorio, Fetal, y el resultado de los Estudios Complementarios solicitados transcritos en la Historia Clínica o bien pegados en ella de forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.
- i) Observar que cada Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio, contenga un formulario debidamente cumplimentado que demuestre la existencia de un Proceso de Consentimiento Informado como Acto Médico previo a la Intervención Quirúrgica o Tratamiento programados del Paciente, que permita demostrar que el Paciente y/o quien corresponda representarlo a los efectos del consentimiento entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá también estar suscripto en todos los casos por el/los profesional/es interviniente/s.
- j) Observar que al ingreso de cada Paciente éste y/o el familiar responsable que lo acompañe, presten autorización por escrito para su atención médica y/o prácticas que se le realicen. Esta autorización no reemplaza al Proceso de Consentimiento Informado.
- k) Asentar en Libro Foliado, el ingreso, egreso y pases internos de Pacientes indicando día y hora de cada movimiento y consignando el número de Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio.

- l) Disponer de normas de derivación escritas para los casos de mayor complejidad que superen la capacidad de resolución de la Institución asegurada, dejando el Director Médico registrada por escrito la constancia de la notificación de ellas al personal médico, auxiliar y administrativo.
- m) Efectuar, en el Servicio de Guardia, profilaxis antitetánica cuando el médico tratante lo juzgue necesario, haciendo constar en el Libro de Guardia dicha circunstancia, como así también si se hizo la indicación para que el paciente se la aplique luego de haberse retirado de la Institución, de lo que estará previamente notificado en forma fehaciente.
- n) Efectuar obligatoriamente profilaxis antitetánica a todo paciente que ingrese a Sala de Partos o quirófano, salvo que ya la haya recibido, lo que deberá constar en la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio.
- o) Efectuar obligatoriamente una prueba de rastreo para la detección precoz de la Fenilcetonuria, Hipotiroidismo y Fibrosis Quística congénita en los recién nacidos en un plazo no mayor a los SIETE (7) días de producido el nacimiento, y que no sea anterior a las VEINTICUATRO (24) horas de iniciarse la alimentación láctica.

El Asegurador se reserva el derecho de practicar Auditoría Médico-Legal de la Documentación Clínica así como de la aplicación, utilización y documentación del Proceso de Consentimiento Informado. La prueba de la adulteración de la Historia Clínica estará a cargo del Asegurador, pero en caso de comprobarse, se procederá al inmediato rechazo del siniestro, cualquiera sea la etapa en la que se hallara el reclamo del tercero.

La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen por escrito como endoso a esta póliza o sean expresadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

CLÁUSULAS ADICIONALES A LAS CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS PARA CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES PÚBLICOS Y/O PRIVADOS Y CENTROS MÉDICOS CON Y/O SIN INTERNACIÓN

CLÁUSULA 201

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL DIRECTOR MÉDICO

Queda entendido y convenido que la indemnidad acordada por el Asegurador se extiende a cubrir, sujeto a los términos y condiciones de la presente póliza, la Responsabilidad Civil de la/s persona/s con funciones de Director Médico tanto por su función directiva/administrativa como por Responsabilidad Civil Profesional Médica cuando además de ejercer esa función directiva ejerzan su profesión médica y en la especialidad para la que se encuentran habilitados en el los Establecimiento/s de Salud de propiedad del Asegurado y a su exclusivo servicio. Esta ampliación de cobertura solo tendrá validez cuando hayan sido declarados su/s nombre/s, especialidad/es y actividad/es al momento de la contratación de la póliza, comprometiéndose asimismo el Asegurado a comunicar al Asegurador, el/la/s alta/s y baja/s de dicho/s profesional/es, cada vez que la/s misma/s se produzca/n.

CLÁUSULA 202

CIRUGÍA ESTÉTICA

Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso g) de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro de Responsabilidad Civil Médica para Clínicas, Sanatorios, Hospitales Públicos y/o Privados y Centros Médicos con y/o sin Internación, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado por reclamos se funden, provengan y/o tengan su origen en cirugías realizadas con fines estéticos, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, siempre y cuando no se relacionen con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.

CLÁUSULA 203**CIRUGÍA BARIÁTRICA****AMPLIACIÓN DE COBERTURA**

Artículo 1 - Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso h) de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro de Responsabilidad Civil Médica para Clínicas, Sanatorios, Hospitales Públicos y/o Privados y Centros Médicos con y/o sin Internación, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado por reclamos se funden, provengan y/o tengan su origen en Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal en pacientes considerados portadores de obesidad mórbida o súper obesidad y que no tenga exclusivamente un fin estético o cosmético.

CONDICIÓN DE COBERTURA

Artículo 2 - Para que la ampliación de cobertura otorgada por la presente Cláusula tenga validez, se deberán reunir las siguientes condiciones:

- a) La cirugía debe ser realizada por un médico cirujano especialista certificado para ello.
- b) Los profesionales y/o personas que asistan al cirujano durante la intervención sean o no integrantes del equipo del cirujano y/o provistos por la institución médica dónde se realiza la cirugía y/o provistos por otros, deben estar especializados en este tipo de pacientes o haber recibido entrenamiento adicional en la atención de los mismos.
- c) La Institución médica donde se realiza la intervención debe poseer un quirófano preparado para este tipo de cirugía con una mesa de operaciones adaptada para recibir pacientes de gran volumen corporal; equipos de radiología adaptados para estos pacientes.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, OBRAS SOCIALES,
ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO, Y/O GERENCIADORAS**

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

ANEXO 1

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda realizar al Asegurado de acuerdo con las habilitaciones con que cuenta o las especialidades declaradas en la Solicitud de Seguro.
- c) Rayos X o radiaciones derivadas del uso o tenencia de aparatos y materiales, cuando cualquiera de ellos no sean los conocidos y aceptados por la Ciencia Médica.
- d) Cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.
- e) Actos médicos realizados con el único objeto de producir la pérdida de peso o embellecimiento estético mediante liposucción, lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
- f) Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones administrativas, incluso aquellos que para su realización hubiera dependido de la habilitación o la especialidad del Asegurado o del profesional actuante, o la complejidad del Establecimiento Asistencial donde se hubiere realizado la práctica, para haberla podido realizar.
- g) Cirugía Plástica realizada con fines estéticos exclusivamente, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos en general, incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, a excepción de las cirugías plásticas reparadoras a consecuencia de un accidente de cualquier naturaleza, pero no relacionado con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.
- h) Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal.
- i) Intervenciones Quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo.
- j) Daños sufridos por el Paciente y/o su acompañante a consecuencia de un accidente de tránsito con cualquier vehículo provisto o contratado por el Asegurado, incluido pero no limitado al uso de ambulancias.

ANEXO 300

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA PARA
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, OBRAS SOCIALES,
ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO, Y/O GERENCIADORAS**

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO

Cláusula 1 – En adición a las estipulaciones de la Cláusula 2 – Riesgo Cubierto y Tipo de Cobertura de las Condiciones Generales Comunes y sujeto a las demás estipulaciones de las Condiciones Generales Comunes, esta póliza se amplía a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra por o con respecto a:

- a) El empleo de equipos, aparatos o instrumentos que tengan por fin específico el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, en la medida que dichos equipos se encuentren reconocidos por la ciencia médica, su utilización resultare adecuada al fin perseguido, y siempre que sean accionados por personal habilitado o calificado para ello y contaren con un servicio de mantenimiento adecuado a las necesidades del equipo de que se trate.
- b) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes transportados en Ambulancias en casos de urgencia, emergencia y/o simples traslados, equipadas y habilitadas de acuerdo con las disposiciones legales y/o administrativas vigentes en cada jurisdicción y/o que se dicten en el futuro, sean de propiedad del Asegurado y/o contratadas por éste, siempre que dichos daños y perjuicios estén originados, exclusivamente, en los actos y cuidados médicos que se brinden al paciente incluyendo las prestaciones brindadas con el equipamiento médico instalado dentro de la ambulancia, en tanto la existencia y prestación del servicio de ambulancias haya sido declarada al solicitar el seguro.
- c) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada de la aplicación de materias radiactivas naturales o artificiales en aparatos en los que está incorporado un isótopo irradiador (como por ejemplo una bomba de cobalto) y otras materias radiactivas.
- d) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada del accionar de los auxiliares que al servicio o bajo la supervisión del Asegurado ejerzan una actividad médica auxiliar, odontológica, farmacéutica o laboratorista, ya sea por negligencia o imprudencia o impericia en el desempeño de sus labores.
- e) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada del accionar de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, que figuren en sus cartillas de Planes de Cobertura del Servicio de Salud, legalmente habilitados ya sea por negligencia o imprudencia o impericia en el desempeño de sus labores, cualquiera fuere el grado de relación que los vincule con el Asegurado.
- f) Daños y perjuicios que puedan sufrir los Pacientes derivada del accionar de Laboratorios de Análisis Clínicos, Centros de Diagnóstico, o de Instituciones Prestadoras en general y/o cualquier otro prestador individual y/o institucional de servicios médicos, que figuren en sus cartillas de Planes de Cobertura del Servicio de Salud, legalmente habilitados ya sea por negligencia o imprudencia o impericia en el desempeño en la prestación de sus servicios, cualquiera fuere el grado de relación que los vincule con el Asegurado.
- g) Su actividad de Empresa de Medicina Prepaga u Obra Social con Prestadores Propios, o Terceros o Acreditados en su Cartilla, o como Financiado o Gerenciador del Servicio del Cuidado de la Salud, o como consecuencia del incumplimiento de su deber accesorio y tácito de vigilancia y seguridad de la eficiencia y calidad de la mencionada prestación, en el caso de que alguno de sus Prestadores ya sean personas físicas o personas jurídicas y que figuren en su Cartilla, diera lugar a algún reclamo judicial o extrajudicial por Indemnización de Daños y Perjuicios por Responsabilidad Civil Médica también en contra del Asegurado, y éste resultare condenado por ello en forma indistinta o conjunta a pagar alguna indemnización, y siempre que dicho hecho u omisión haya ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

A los efectos de esta póliza, toda referencia a Paciente debe entenderse que comprende también los asociados o afiliados del Asegurado, según corresponda.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda realizar al Asegurado de acuerdo con las habilitaciones con que cuenta o las especialidades declaradas en la Solicitud de Seguro.

- c) Rayos X o radiaciones derivadas del uso o tenencia de aparatos y materiales, cuando cualquiera de ellos no sean los conocidos y aceptados por la Ciencia Médica.
- d) Cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.
- e) Actos médicos realizados con el único objeto de producir la pérdida de peso o embellecimiento estético mediante liposucción, lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
- f) Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones administrativas, incluso aquellos que para su realización hubiera dependido de la habilitación o la especialidad del Asegurado o del profesional actuante, o la complejidad del Establecimiento Asistencial donde se hubiere realizado la práctica, para haberla podido realizar.
- g) Cirugía Plástica realizada con fines estéticos exclusivamente, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos en general, incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, a excepción de las cirugías plásticas reparadoras a consecuencia de un accidente de cualquier naturaleza, pero no relacionado con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.
- h) Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal.
- i) Intervenciones Quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo.
- j) Daños sufridos por el Paciente y/o su acompañante a consecuencia de un accidente de tránsito con cualquier vehículo provisto o contratado por el Asegurado, incluido pero no limitado al uso de ambulancias.

CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

Cláusula 3 - El Asegurado, además de cumplir con las indicadas en las Cláusulas 16, 17 y 18 de las Condiciones Generales Comunes, deberá:

- a) A través de la Dirección Médica, impartir al personal médico, auxiliar y administrativo las directivas por escrito, quedando las constancias correspondientes y a disposición del Asegurador.
- b) Verificar el cumplimiento de las cargas impuestas por las disposiciones legales y administrativas que regulan la actividad de todo profesional médico que se desempeñe dentro del Establecimiento Asegurado, ya sea como médico de staff, en relación de dependencia, por contrato o por honorarios.
- c) Acreditar la verificación, efectuada por la Dirección Médica, del Título Profesional y Certificación de Especialista de todo profesional médico que se desempeñe dentro del establecimiento, ya sea como médico de staff, en relación de dependencia o por honorarios.
- d) Contar con personal médico y auxiliar en cantidad y calidad suficiente para el correcto cumplimiento de las Normas y/o Resoluciones dictadas por la autoridad de control competente en materia de salud. Si el Asegurado fuere una Administradora de Riesgos del Trabajo deberá, además, cumplir con las Normas y Resoluciones dictadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- e) Mantener disponible y en perfecto estado de conservación y mantenimiento el equipamiento de emergencia adecuado para actuar ante reacciones alérgicas y/o indeseadas del Paciente, en los consultorios donde se efectúen estudios diagnósticos con la utilización de sustancias de contraste endovenosas.
- f) Mantener disponible y en perfecto estado de conservación y mantenimiento un carro de paro y desfibrilador para actuar ante emergencia cardiorrespiratoria, en los consultorios en que se efectúen ergometrías.
- g) Mantener disponible y en perfecto estado de mantenimiento y funcionamiento elementos para el lavado de manos del profesional y sus auxiliares en todo y cada Consultorio.
- h) Llevar adecuado registro de su atención a cada Paciente, ya sea en la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio. En dicho registro el Asegurado deberá hacer constar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija y legible, toda su actuación médica, odontológica y/o auxiliar de la Medicina relacionada con la atención del Paciente, así como todos los datos objetivos acerca del Paciente y de su estado clínico, realizando anamnesis, diagnósticos, indicaciones, evolución, y cierre de la Historia Clínica en todos los casos. Los mismos datos serán requeridos en caso de que el Asegurado utilice un sistema informatizado para la conformación de la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos,

Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio. Iguales requisitos, ya sea en la modalidad manuscrita o informatizada, se imponen para la confección del resto de la Documentación que compone la Historia Clínica del Paciente, Protocolos Quirúrgicos y Anestésicos, registros de Monitoreo Cardiológico intraoperatorio, Fetal, y el resultado de los Estudios Complementarios solicitados transcritos en la Historia Clínica o bien pegados en ella de forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

- i) Observar que cada Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio, contenga un formulario debidamente cumplimentado que demuestre la existencia de un Proceso de Consentimiento Informado como Acto Médico previo a la Intervención Quirúrgica o Tratamiento programados del Paciente, que permita demostrar que el Paciente y/o quien corresponda representarlo a los efectos del consentimiento entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá también estar suscripto en todos los casos por el/los profesional/es interviniente/s.
- j) Observar que al ingreso de cada Paciente éste y/o el familiar responsable que lo acompañe, presten autorización por escrito para su atención médica y/o prácticas que se le realicen. Esta autorización no reemplaza al Proceso de Consentimiento Informado.
- k) Asentar en Libro Foliado, el ingreso, egreso y pases internos de Pacientes indicando día y hora de cada movimiento y consignando el número de Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio.
- l) Disponer de normas de derivación escritas para los casos de mayor complejidad que superen la capacidad de resolución de la Institución asegurada, dejando el Director Médico registrada por escrito la constancia de la notificación de ellas al personal médico, auxiliar y administrativo.
- m) Efectuar, en el Servicio de Guardia, profilaxis antitetánica cuando el médico tratante lo juzgue necesario, haciendo constar en el Libro de Guardia dicha circunstancia, como así también si se hizo la indicación para que el paciente se la aplique luego de haberse retirado de la Institución, de lo que estará previamente notificado en forma fehaciente.
- n) Efectuar obligatoriamente profilaxis antitetánica a todo paciente que ingrese a Sala de Partos o quirófano, salvo que ya la haya recibido, lo que deberá constar en la Historia Clínica o Ficha Clínica de Consultorios Externos, Historia Clínica Institucional y/o Ficha Clínica de cada Servicio o de cada Consultorio.
- o) Efectuar obligatoriamente una prueba de rastreo para la detección precoz de la Fenilcetonuria, Hipotiroidismo y Fibrosis Quística congénita en los recién nacidos en un plazo no mayor a los SIETE (7) días de producido el nacimiento, y que no sea anterior a las VEINTICUATRO (24) horas de iniciarse la alimentación láctica.
- p) Comunicar al Asegurador en forma mensual las altas, bajas y/o modificaciones en los Prestadores Individuales e Institucionales contratados y declarados al momento de solicitar el seguro, tanto de sus Planes Cerrados cuanto Abiertos. El Asegurador hace reserva de su derecho a solicitar la información complementaria que considere necesaria respecto de todos o cada uno de los Prestadores Individuales o Institucionales. No obstante, la cobertura de la presente póliza se mantendrá aún cuando el Paciente deba ser atendido en un Centro Asistencial que no conste en la nómina precedente, cuando razones médicas, administrativas o de emergencia así lo justifiquen.

El Asegurador se reserva el derecho de practicar Auditoría Médico-Legal de la Documentación Clínica así como de la aplicación, utilización y documentación del Proceso de Consentimiento Informado. La prueba de la adulteración de la Historia Clínica estará a cargo del Asegurador, pero en caso de comprobarse, se procederá al inmediato rechazo del siniestro, cualquiera sea la etapa en la que se hallara el reclamo del tercero.

La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen por escrito como endoso a esta póliza o sean expresadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

**CLÁUSULAS ADICIONALES A LAS CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
PARA EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, OBRAS SOCIALES,
ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO, Y/O GERENCIADORAS**

CLÁUSULA 301

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL DIRECTOR MÉDICO

Queda entendido y convenido que la indemnidad acordada por el Asegurador se extiende a cubrir, sujeto a los términos y condiciones de la presente póliza, la Responsabilidad Civil de la/s persona/s con funciones de Director Médico tanto por su función directiva/administrativa como por Responsabilidad Civil Profesional Médica cuando además de ejercer esa función directiva ejerzan su profesión médica y en la especialidad para la que se encuentran habilitados en el establecimiento/s de Salud de propiedad del Asegurado y a su exclusivo servicio. Esta ampliación de cobertura solo tendrá validez cuando hayan sido declarados su/s nombre/s, especialidad/es y actividad/es al momento de la contratación de la póliza, comprometiéndose asimismo el Asegurado a comunicar al Asegurador, el/la/s alta/s y baja/s de dicho/s profesional/es, cada vez que la/s misma/s se produzca/n.

CLÁUSULA 302

CIRUGÍA ESTÉTICA

Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso g) de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro de Responsabilidad Civil Médica para Empresas de Medicina Prepaga, Obras sociales, Administradoras del Riesgos del Trabajo y/o Gerenciadoras, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado por reclamos se funden, provengan y/o tengan su origen en cirugías realizadas con fines estéticos, o las denominadas cirugías o tratamientos cosméticos, embellecedores o estéticos incluyendo prácticas de liposucción, lipoescultura, rinoplastías, implantes mamarios, siempre y cuando no se relacionen con un acto quirúrgico previo de cualquier naturaleza.

CLÁUSULA 303

CIRUGÍA BARIÁTRICA

AMPLIACIÓN DE COBERTURA

Artículo 1 - Se hace constar que contrariamente a lo establecido en el inciso h) de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales Específicas para el Seguro de Responsabilidad Civil Médica para Empresas de Medicina Prepaga, Obras sociales, Administradoras del Riesgos del Trabajo y/o Gerenciadora, el Asegurador mantendrá indemne al Asegurado por reclamos se funden, provengan y/o tengan su origen en Cirugía Bariátrica para efectuar derivación intestinal o gastroplastía transversal en pacientes considerados portadores de obesidad mórbida o súper obesidad y que no tenga exclusivamente un fin estético o cosmético.

CONDICIÓN DE COBERTURA

Artículo 2 - Para que la ampliación de cobertura otorgada por la presente Cláusula tenga validez, se deberán reunir las siguientes condiciones:

- a) La cirugía debe ser realizada por un médico cirujano especialista certificado para ello.
- b) Los profesionales y/o personas que asistan al cirujano durante la intervención sean o no integrantes del equipo del cirujano y/o provistos por la institución médica donde se realiza la cirugía y/o provistos por otros, deben estar especializados en este tipo de pacientes o haber recibido entrenamiento adicional en la atención de los mismos.
- c) La Institución médica donde se realiza la intervención debe poseer un quirófano preparado para este tipo de cirugía con una mesa de operaciones adaptada para recibir pacientes de gran volumen corporal; equipos de radiología adaptados para estos pacientes.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA DE FARMACIAS

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

EXCLUSIONES

ANEXO 1

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Servicio de Óptica o Contactología, incluido talleres de estos servicios.
- c) Daños producidos por preparaciones magistrales que se realicen con sentido comercial masivo, cuyo adquirente no sea un paciente determinado y/o que el preparado no cuente con receta médica antecedente.
- d) Daños producidos por la preparación y expendio de medicamentos de composición secreta y/o misteriosa.
- e) Incumplimiento de una promesa de resultado por la utilización de cualquier medicamento o agente terapéutico habiéndole atribuido efectos infalibles o extraordinarios, ofreciendo curar radicalmente determinada enfermedad o afección.
- f) Dolo del Director Técnico del Asegurado, o de algún dependiente del Asegurado.
- g) Daños producidos por la preparación de un Producto Medicinal sin receta médica y en contra de los establecidos en la Farmacopea Nacional.
- h) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos adulterados o no identificables como producidos por el laboratorio de origen.
- i) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos cuya procedencia no sea identificable o sea de origen dudoso.
- j) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos originados en un mercado marginal.
- k) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos cuya formulación galénica no sea identificable como correspondiente a la droga original.

ANEXO 400

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA DE FARMACIAS

MODALIDAD RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA ESPECÍFICA DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO

Cláusula 1 – En adición a las estipulaciones de la Cláusula 2 – Riesgo Cubierto y Tipo de Cobertura de las Condiciones Generales Comunes y sujeto a las demás estipulaciones de las Condiciones Generales Comunes, esta póliza se amplía a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra por o con respecto a:

- a) La dispensación errónea de especialidades medicinales.
- b) La aplicación de inyecciones subcutáneas e intramusculares prescritas en la receta médica, siempre que cuenten con el ambiente destinado a tal fin con una camilla y se utilicen jeringas y agujas descartables en tamaño y cantidad suficiente para ello. Esta ampliación de cobertura está sujeta a que

el Asegurado cuente con la autorización y/o habilitación correspondiente otorgada por la Autoridad Sanitaria competente.

- c) Primeros Auxilios.
- d) La no tenencia de medicamentos de urgencia o materiales de curación.
- e) La realización y dispensación de fórmulas magistrales, únicamente bajo condición de que exista receta médica.
- f) La dispensación de medicamentos en mal estado.
- g) La dispensación de medicamentos vencidos.
- h) La sustitución del medicamento de marca por un medicamento genérico, siempre y cuando dicha sustitución haya sido autorizada por el médico tratante del paciente, y siempre que dicha autorización haya sido documentada en la orden de dispensación entregada por el médico al paciente, la cual deberá ser convenientemente archivada por el Asegurado.

A los efectos de esta póliza, toda referencia a Establecimiento Asegurado debe entenderse que hace referencia a la o las Farmacias de propiedad del Asegurado, indicadas en las Condiciones Particulares.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA POR EL ASEGURADO

Cláusula 2 - El Asegurador, además de las exclusiones indicadas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales Comunes, no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden, provengan y/o tengan su origen en:

- a) Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen resultados de cualquier tipo de acto médico, quirúrgico o no, en el caso de que el reclamo esté basado exclusivamente en el incumplimiento de esas promesas, acuerdos previos o expectativas de resultado, efectos o éxitos determinados y concretos.
- b) Servicio de Óptica o Contactología, incluido talleres de estos servicios.
- c) Daños producidos por preparaciones magistrales que se realicen con sentido comercial masivo, cuyo adquirente no sea un paciente determinado y/o que el preparado no cuente con receta médica antecedente.
- d) Daños producidos por la preparación y expendio de medicamentos de composición secreta y/o misteriosa.
- e) Incumplimiento de una promesa de resultado por la utilización de cualquier medicamento o agente terapéutico habiéndole atribuido efectos infalibles o extraordinarios, ofreciendo curar radicalmente determinada enfermedad o afección.
- f) Dolo del Director Técnico del Asegurado, o de algún dependiente del Asegurado.
- g) Daños producidos por la preparación de un Producto Medicinal sin receta médica y en contra de los establecidos en la Farmacopea Nacional.
- h) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos adulterados o no identificables como producidos por el laboratorio de origen.
- i) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos cuya procedencia no sea identificable o sea de origen dudoso.
- j) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos originados en un mercado marginal.
- k) Daños producidos como consecuencia de la dispensación de medicamentos cuya formulación galénica no sea identificable como correspondiente a la droga original.

CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

Cláusula 3 - El Asegurado, además de cumplir con las indicadas en las Cláusulas 16, 17 y 18 de las Condiciones Generales Comunes, deberá:

- a) Contar con y mantener vigente y a disposición del Asegurador todas las habilitaciones e inscripciones en registros que sean requeridos por autoridades nacionales, provinciales y/o municipales para el normal y legal funcionamiento del Establecimiento Asegurado incluso en relación a los profesionales y/o auxiliares de salud que se encuentran a su servicio.
- b) Contar con un Director Técnico que posea el título habilitante otorgado por la autoridad competente, que se encuentre presente en la Farmacia, y si correspondiere de los Farmacéuticos Auxiliares. Cualquier modificación o sustitución ya sea por ausencia temporaria o cualquier otra causal deberá

ser autorizada por la autoridad Sanitaria correspondiente y comunicada al Asegurador, cada vez que ello ocurra.

- c) A través del Director Técnico, impartir al personal farmacéutico, auxiliar y administrativo las directivas por escrito, quedando las constancias correspondientes y a disposición del Asegurador.
- d) Verificar el cumplimiento de las cargas impuestas por las disposiciones legales y administrativas que regulan la actividad de todo profesional farmacéutico que se desempeñe dentro del Establecimiento Asegurado, ya sea como profesional de staff, en relación de dependencia, por contrato o por honorarios.
- e) Acreditar la verificación, efectuada por la Dirección Técnica, del Título Profesional y Certificación de Especialista de todo profesional farmacéutico que se desempeñe dentro del Establecimiento Asegurado, ya sea como profesional de staff, en relación de dependencia o por honorarios.
- f) Contar con personal farmacéutico y auxiliar en cantidad y calidad suficiente para el correcto cumplimiento de las Normas y/o Resoluciones dictadas por la autoridad de control competente en materia de salud.
- g) Ajustar la actividad y operatoria de la farmacia en un todo a las leyes, reglamentaciones y normas dictadas o a dictarse en el futuro por la autoridad competente.
- h) Ajustar el expendio de drogas, medicamentos o especialidades medicinales a lo que establezca la legislación vigente o determine la autoridad sanitaria.
- i) Cumplir con las condiciones y exigencias que establezca el Ministerio de Salud respecto de los ambientes donde se produzca la Recepción y Preparación de recetas de inyectables magistrales.
- j) Rotular en idioma nacional, sin raspaduras ni, sobre rotulaciones ni enmiendas, los envases destinados a la conservación de las sustancias para la preparación de recetas magistrales.
- k) Rotular las botellas, frascos, paquetes, cajas, etc. que contengan sustancias con que se prepare y despache al público, expresarán si el medicamento es para uso interno o externo, así como su modo de administración, de acuerdo con las prescripciones del facultativo. Para la indicación del uso interno, se usarán rótulos de fondo blanco y para los de uso externo de fondo rojo.
- l) Guardar bajo llave y en armarios separados y especiales los estupefacientes (alcaloides), las sustancias venenosas y los demás medicamentos y/o sustancias que específicamente señale la autoridad sanitaria para su guarda con tales medidas de seguridad.
- m) Observar que el expendio de drogas, medicamentos o especialidades medicinales se ajuste a las siguientes formas o las que establezca la legislación vigente o determine la autoridad sanitaria:
 - i. expendio legalmente restringido.
 - ii. expendio bajo receta archivada.
 - iii. expendio bajo receta.
 - iv. expendio libre.
- n) Conservar, en el Establecimiento Asegurado, las recetas correspondientes a los puntos i) y ii), del inciso precedente, por un plazo no menor de DOS (2) años, después del cual podrán ser destruidos previa comunicación, debidamente documentada, a la autoridad sanitaria competente.
- o) Llevar los siguientes libros habilitados por la autoridad sanitaria:
 - i. Libro recetario
 - ii. Libro contralor de estupefacientes (alcaloides)
 - iii. Libro de Inspecciones.
 - iv. Libro para anotar las ventas de sustancias venenosas y corrosivas.
- p) Cuando la Farmacia funcione dentro de otro establecimiento o conjuntamente con otras dependencias de terceros, deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - i. el local será independiente del resto de las áreas donde se comercialicen otros productos y pueda cerrarse totalmente en los horarios en que no se realice atención al público.
 - ii. que exista una estricta separación entre los medicamentos de venta libre y aquellos de venta bajo receta, no pudiendo éstos últimos estar al alcance del público.

La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen por escrito como endoso a esta póliza o sean expresadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

CLÁUSULAS ADICIONALES A LAS CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS PARA FARMACIAS

CLÁUSULA 401

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL DIRECTOR TÉCNICO FARMACÉUTICO

Queda entendido y convenido que la indemnidad acordada por el Asegurador se extiende a cubrir, sujeto a los términos y condiciones de la presente póliza, la Responsabilidad Civil de la/s persona/s con funciones de Director Técnico Farmacéutico tanto por su función directiva/técnica como por Responsabilidad Civil Profesional Farmacéutica cuando además de ejercer esa función directiva ejerzan su profesión farmacéutica y en la especialidad para la que se encuentran habilitados en el los Establecimiento/s de propiedad del Asegurado y a su exclusivo servicio. Esta ampliación de cobertura solo tendrá validez cuando hayan sido declarados su/s nombre/s, especialidad/es y actividad/es al momento de la contratación de la póliza, comprometiéndose asimismo el Asegurado a comunicar al Asegurador, el/la/s alta/s y baja/s de dicho/s profesional/es, cada vez que la/s misma/s se produzca/n.

CLÁUSULA 402

RESPONSABILIDAD POR LOS AUXILIARES

El presente seguro también ampara la responsabilidad civil del Asegurado derivada de los auxiliares que al servicio o bajo la supervisión del Asegurado ejerzan una actividad farmacéutica o laboratorista, ya sea por negligencia o imprudencia o impericia en el desempeño de sus labores

ANEXO 1500

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS

Artículo 1 - El o los premios de este seguro, deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que de comienzo la cobertura la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante la extensión del recibo oficial correspondiente

Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato y el resto se abonará en cuotas mensuales, iguales y consecutivas en los plazos indicados en la correspondiente factura.

Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente de financiación que se indica en la correspondiente factura. Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2 - Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del Asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (CERO) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

Condición Resolutoria: Transcurridos SESENTA (60) días desde el primer vencimiento impago sin que se haya producido la rehabilitación de la cobertura de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior o sin que el asegurado haya ejercido su derecho de rescisión, el presente contrato quedara resuelto de pleno derecho sin necesidad de intimación de ninguna naturaleza y por el mero vencimiento de plazo de SESENTA (60) días, hecho que producirá la mora automática del tomador/asegurado debiéndose aplicar en consecuencia la disposiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al asegurado.

No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3 - Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (UN) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de póliza.

En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en 30 (TREINTA) días.

Artículo 4. 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 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION 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 entidad Aseguradora.

Artículo 5. Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.