

**FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)**

SECCIÓN	RESPONSABILIDAD CIVIL	PRODUCTO	R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE	PÓLIZA
<b>DESCRIPCIÓN DEL OBJETO ASEGURADO</b>				
Categoría (Prof.Salud)	Jefe Equipo/Servicio		Tipo De Matricula	
PSICOLOGIA	NO		Nacional	
Nro. Matricula	Año De Cobertura		Fecha Inicio Periodo Retroactiv.	
	Primer año			
Profesion-Especialidad(Salud)	Descuento Cantidad(Solo Colectivas)		Reposición Suma Aseg.(Rc.Prof)	
Psicólogo	No aplica (póliza individual)		Sin reposición	
Periodo Extendido De Denuncias	Franquicia (Rc.Prof.)			
3 años	Sin franquicia			

**CONDICIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA**

AI	AISA	All	CG.CO	CA.CG	CA.CG.3	CG.ES.BR	CE.SA
CA.SA	CA.SA.1	CA.SA.2					

**RIESGOS CUBIERTOS**
**DATOS RELEVANTES**

<b>100 RC. PRAXIS MEDICA</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
CONDICIONES PARTICULARES	\$

=====  
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD BAJO CONDICIONES RECLAMOS HECHOS (CLAIMS MADE).

ASEGURADO: Según se indica precedentemente.

**RIESGO CUBIERTO:**

El Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto éste deba a un Cliente o sus derechohabientes, a consecuencia de un Reclamo que éste formule fundado exclusivamente en un Acto Culposo, en un todo de acuerdo a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente Póliza bajo condiciones Reclamos Hechos (Claims Made).

SERVICIOS PROFESIONALES: Según se indica precedentemente.

AMBITO TERRITORIAL: República Argentina.

JURISDICCIÓN: República Argentina.

SUMA MÁXIMA ASEGURADA POR CADA ACTO CULPOSO (Cláusula 3 inciso 3.1 de las Condiciones Generales Específicas): hasta la suma indicada precedentemente como "Suma Asegurada".

SUMA MÁXIMA ASEGURADA ACUMULADA (Cláusula 3 inciso 3.2 de las Condiciones Generales Específicas): hasta dos veces la suma indicada como Suma Máxima Asegurada por cada Acto Culposo, salvo disposición en contrario indicada más arriba en el dato Reposición de Suma Asegurada.

SUMA MÁXIMA ASEGURADA PARA COSTAS POR CADA RECLAMO (Cláusula 3 inciso 3.3 de las Condiciones Generales Específicas): 40% de la suma indicada como Suma Máxima Asegurada por cada Acto Culposo.

SUMA MÁXIMA ASEGURADA ACUMULADA PARA EL PAGO DE COSTAS (Cláusula 3 inciso 3.4 de las Condiciones Generales Específicas): 40% de la suma indicada como Suma Máxima Asegurada Acumulada.

FRANQUICIA DEDUCIBLE POR ACTO CULPOSO (Cláusula 3 inciso 3.5 de las Condiciones Generales Específicas): 1,5 % sobre la suma indicada como Suma Máxima Asegurada por cada Acto Culposo.

Importante: Si en el dato "Variación Franquicia" se consignara un porcentaje de variación, el importe de la franquicia será incrementado o reducido en ese porcentaje, según se indique en cada caso.

PERÍODO DE RETROACTIVIDAD (Cláusula 1 inciso 1.16 de las Condiciones Generales Específicas Cobertura Base Reclamos): Según se indica precedentemente.

PERIODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS (Cláusula 7 de las Condiciones Generales Específicas Cobertura Base Reclamos): Según se indica precedentemente.

PLAZO ADICIONAL PARA EL PERIODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS: De acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Específicas Cobertura Base Reclamos, en caso de requerir la contratación de esta extensión, la prima adicional a abonar será la indicada a continuación:

- 4 años al 40% de la prima anual.
- 5 años al 50% de la prima anual.
- 8 años al 80% de la prima anual.
- 10 años al 100% de la prima anual.

Esta Póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por RESOL-2019-404-APN-SSN#MHA de fecha 02/05/2019.

**ANEXO**

**ADVERTENCIAS AL ASEGURADO CARGAS DEL ASEGURADO**

=====  
**CLÁUSULA 13 DE LAS CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA BASE RECLAMOS (CLAIMS MADE)**

**CARGAS DE CONDUCTA PARA EL ASEGURADO**

13.1 Resultan cargas del Asegurado, las siguientes:

En general, las impuestas fundamentalmente por los Artículos 46, 67, 77, 36 inc. a) de la Ley 17.418.

En particular, las impuestas por las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento

**FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL    PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE    PÓLIZA**

tornaría ilegal la actividad.

El Asegurado deberá llevar adecuado registro de atención de sus clientes, ya sea en forma manuscrita o por soportes informatizados, que permita frente al evento potencialmente compensable, individualizar la documentación relacionada con el hecho, durante un mínimo de 5 años.

13.2 La no observancia de estas cargas, así como cualquier otra que se formule por escrito y figure indicada en las Condiciones Particulares y sea detectada por el Asegurador en forma previa a la ocurrencia de un siniestro, facultará para que éste suspenda la cobertura, mediante notificación fehaciente. En caso de verificarse una vez producido el siniestro, 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.

13.3 En consecuencia el Asegurador se reserva el derecho de solicitar la práctica de una Auditoría mediante profesionales y/o personal especializado, quienes previamente a ello suscribirán un convenio de confidencialidad o compromiso de cumplimiento del secreto profesional.

**CLÁUSULA 4 DE LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA CARGAS PARA EL ASEGURADO**

En adición a las cargas establecidas en las Condiciones Generales Específicas, son cargas del Asegurado:

Llevar adecuado registro de su atención, ya sea en la Historia Clínica de su Consultorio, la Institucional, y/o la Ficha Clínica de Consultorio. En la misma, el Asegurado deberá escribir en forma concisa, veraz, ordenada y prolífica, en lo posible con bolígrafo negro, 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, epicrisis 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 Consultorio o Historia clínica Institucional.

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, etc.

Cada Historia Clínica o Ficha de Consultorio, deberá contener un Formulario 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 entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá también estar suscripto en todos los casos por el/los profesional/es interviniente/s asegurados.

En consecuencia, el Asegurador se reserva el derecho de practicar Auditoria Médico-Legal de la Documentación Clínica así como de la aplicación, utilización y documentación del Proceso de Consentimiento Informado.

La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen en las Condiciones Particulares de Póliza, producirán la pérdida de los derechos del Asegurado en relación con el presente contrato.

En el caso de las convencionales, se producirá la caducidad de los derechos del Asegurado si:

- En el incumplimiento de la carga, medió culpa o negligencia del Asegurado;
- Si el incumplimiento influyó en el acaecimiento del siniestro o en la extensión de la obligación del Asegurador si se tratara de cargas anteriores al siniestro; si se tratara de cargas posteriores al mismo, bastará con que la inejecución de las mismas haya influido en la extensión de la obligación asumida (art. 36, Ley de Seguros).

**ANEXO II ADVERTENCIAS MUY IMPORTANTES**
**1 ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE OTORGA LA PRESENTE PÓLIZA QUE ES EN CONDICIONES (CLAIMS MADE) O (RECLAMOS HECHOS)**
**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 2 - RIESGO CUBIERTO - COBERTURAS: SUPUESTOS QUE DEBEN DARSE PARA SU VIGENCIA**

2.1. Sujeto a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente Póliza, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto éste deba a un Cliente o sus derechohabientes, a consecuencia de un Reclamo que éste formule fundado exclusivamente en un Acto Culposo, dentro de los límites máximos de responsabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y en la Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas (incluyendo las COSTAS dentro de los límites acordados), siempre y cuando se hayan cumplido las dos condiciones siguientes:

- que el Acto Culposo que haya generado su Reclamo, haya sido cometido exclusivamente durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable, y dentro del Ámbito Territorial y,
- el Reclamo haya sido formulado y notificado fehacientemente por escrito al Asegurador dentro de la Jurisdicción y durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período Extendido de Denuncias, si este fuere aplicable, y notificado por escrito por el Asegurado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido.

2.2. Queda perfectamente entendido y convenido, por tratarse de un contrato de seguro bajo condiciones CLAIMS MADE o de Reclamos HECHOS, que es condición precedente a la vigencia de la cobertura que otorga la presente Póliza, el cumplimiento de los dos supuestos enumerados en el punto 2.1 precedente.

2.3. A todos los fines y efectos de la cobertura que otorga la Póliza se considerará solamente que ha ocurrido un siniestro amparado por el presente contrato de seguro cuando efectivamente se haya formulado un Reclamo escrito al Asegurado y de igual forma se lo haya notificado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido; la simple ocurrencia de un Acto Culposo que pudiera haber ocasionado daños y perjuicios a un tercero, no constituirá un siniestro cubierto por la Póliza si no ha habido además un Reclamo escrito al Asegurado notificado de igual forma al Asegurador de acuerdo a lo precedentemente establecido.

**2 ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE EL DERECHO DE DENUNCIAR LOS HECHOS QUE PUEDAN GENERAR UN POSTERIOR RECLAMO, AÚN VENCIDA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 5 - DENUNCIA DE HECHOS, ACTOS U OMISIONES DEL ASEGURADO QUE PUEDAN GENERAR SU RESPONSABILIDAD - DEFENSA EN JUICIO CIVIL**

5.1. Si durante la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias (si fuese aplicable), el Asegurado tiene conocimiento de un Acto Culposo que pueda razonablemente esperarse que dé origen a un Reclamo y notifica el mismo al Asegurador de acuerdo a las disposiciones del artículo 5.1, así como las razones por las que anticipa dicho Reclamo, con detalles completos en cuanto a las fechas y las personas involucradas, entonces cualquier Reclamo que se efectúe luego al Asegurado y se denuncie al Asegurador alegando, o que surja de, o se funde en, o sea atribuible a dicho Acto Culposo notificado, o en el que se alegue un Acto Culposo que constituya el mismo o se relacione con aquel Acto Culposo alegado o contenido en dicha notificación, se considerará efectuado en el mismo momento en que se efectúe la primera notificación.

**3 ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE EL DERECHO AL PERÍODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 7 - PERÍODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS**

7.1. Si el Asegurador cancelara o se rehusara a renovar esta póliza, el Asegurado obtendrá en forma automática un Período Extendido de Denuncias de 3 (tres) años, computable desde la fecha de efectividad de dicha cancelación o no renovación, para notificar por escrito al Asegurador los reclamos efectuados en su contra durante dicho período, por cualquier Acto Culposo cometido durante la Vigencia de la Póliza o el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable.

7.2. Adicionalmente, el Asegurado tendrá el derecho, en contraprestación al pago de una prima adicional estipulada en las Condiciones

**FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)**
**SECCIÓN**
**PRODUCTO**
**R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

Particulares, a contratar un Período Extendido de Denuncias por el plazo adicional previsto en las citadas Condiciones Particulares.

7.3. El derecho contenido en el punto 7.2. precedente sólo se otorgará si el Asegurador reciben una notificación por escrito de dicha elección, juntamente con la prima adicional, dentro de los 30 (treinta) días de la fecha efectiva de cancelación o no renovación.

7.4. La presente cláusula se aplicará en caso de que un Asegurado deje de prestar los Servicios Profesionales asegurados bajo esta Póliza, por razones de enfermedad, muerte, renuncia a seguir en la actividad o en caso de que el Asegurador rehúse renovar la Póliza. Esta cláusula no se aplicará a la cancelación resultante de la falta de pago de la prima, incumplimiento por parte del Asegurado de las obligaciones que surgen de la presente Póliza o por motivo de fraude en su aplicación.

7.5. Los Reclamos que se puedan presentar durante el Período Extendido de Denuncias estarán sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y límites de la Póliza, en la medida que los mismos no hayan sido expresamente modificados por la presente Cláusula. Queda especialmente entendido que los límites de cobertura máxima previstos en el Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas e indicados en las Condiciones Particulares, no se incrementan por la aplicación de esta Cláusula y que se mantienen inalterables en todos los casos.

**CUIP:**
**072610800100000000000000036418710000000000099273262751619-100000961820000000000070077**

**En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.**

**\*\*\*El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación\*\*\***



**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**

<b>SECCIÓN</b>	<b>RESPONSABILIDAD CIVIL</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE</b>	<b>PÓLIZA</b>
----------------	------------------------------	-----------------	--	---------------

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

ANEXO I - EXCLUSIONES (AI)

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - COBERTURA BASE RECLAMOS (CLAIMS MADE) (CG.ES.BR)

CLÁUSULA 4

RIESGOS EXCLUIDOS

Se encuentran expresamente excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario, los riesgos y/o daños que se indican a continuación y en consecuencia el Asegurador no será responsable por el pago de cualquier y toda Indemnización y/o Costas emergente de, relacionada ó vinculada con, que sea consecuencia inmediata, mediata o casual de, que esté originada o basada en y/o que resulte de:

1. Dolo o culpa grave del Asegurado.
2. Un Reclamo iniciado por un Asegurado contra otro; o
  - a) iniciado por parte o por cuenta de un Asegurado o una empresa comercial de propiedad o administrada en forma directa o indirecta, total o parcialmente, por un Asegurado o iniciado por o por cuenta de la casa matriz, una subsidiaria, sucesora o cessionaria del Asegurado o de dicha empresa comercial; o
  - b) una afiliada del Asegurado o dicha empresa comercial, a través de la propiedad de la mayoría de acciones ordinarias o control, contra un Asegurado;
3. Lesiones personales de cualquier tipo incluyendo muerte (pero esta exclusión no incluye al Daño Moral) y daños materiales a cosas, incluyendo lucro cesante o pérdida de uso o beneficio.
4. Acto Culposo cometido antes de la Vigencia de la Póliza o de la fecha de inicio del Período de Retroactividad, si fuere aplicable, o denunciado luego de finalizada la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias, si fuera aplicable.
5. Reclamos a consecuencia de Servicios Profesionales prestados por el Asegurado fuera del Ámbito Territorial.
6. Actos Culposos cometidos durante el Período Extendido de Denuncias, si éste fuera aplicable.
7. Hechos de guerra civil o internacional, rebelión, sedición o motín, guerrilla o terrorismo, tumulto popular, saqueo, confiscación, nacionalización, destrucción o requisición resultantes del ejercicio de la autoridad.
8. La obtención de una ganancia o ventaja a la cual el Asegurado no tenga legalmente derecho.
9. Detención, prisión o arresto ilegal, privación de la libertad.
10. Libelo, calumnias o difamación. Amenazas y agresión violenta o agravante. Falsas denuncias. Difusión en medios públicos de información o imágenes agraviantes.
11. Ingreso o desalojo ilegítimos, o invasión del derecho a la privacidad.
12. Que surja del incumplimiento con una garantía de desempeño relativa a la calidad de los Servicios Profesionales a ser provistos por el Asegurado.
13. Cualquier tipo de discriminación, sobre cualquier base o fundamento.
14. Cualquier Reclamo que se funde, surja de o se deba a o involucre en forma directa o indirecta la insolvencia, liquidación, quiebra o incapacidad financiera para pagar, de una compañía de seguros en la que el Asegurado haya colocado u obtenido un seguro o garantía.
15. Cualquier reclamo que sea consecuencia inmediata, mediata o casual, directa o indirecta, basado, atribuible, resultante de o relacionado con la garantía o promesa de recibir un determinado salario, bonus, premio, comisión u otro tipo de ingreso.
16. Que surja de una obligación respecto de la cual el Asegurado o su Asegurador puedan ser responsabilizados bajo una ley de accidentes del trabajo, compensación por desempleo o ley de beneficios de invalidez, o bajo una ley similar.
17. Que surja de un litigio pendiente o anterior a la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza, o derivado de los mismos o esencialmente de los mismos hechos que se aleguen en dicho litigios.
18. Por la devolución de honorarios, cargos, comisiones u otra forma de compensación por Servicios Profesionales prestados por el Asegurado, o que se requiera que éste preste.
19. Multas o sanciones de cualquier naturaleza y/o indemnizaciones derivadas de una cláusula penal ó de características similares, daños punitivos ejemplares, pago de impuestos propios o de terceros.
20. Que tenga como base o de cualquier manera resultara atribuible a la violación de cualquier ley que imponga obligaciones relativas a fondos de pensiones o jubilaciones, salud o vivienda o cualquier otra ley similar en la República Argentina y en cualquier otra jurisdicción - ERISA en los Estados Unidos - únicamente en lo que se refieran a los derechos sociales que de manera genérica se establezcan en las legislaciones mencionadas.
21. Daños a activos en poder del asegurado, por guarda o custodia, transporte, uso o manipulación o la ejecución de un trabajo.
22. Reclamos emergentes o relacionados con la prestación de Servicios Profesionales a cualquier persona o entidad controlada por el Asegurado, incluyendo funcionarios, empleados, socios o accionistas mayoritarios; o que dependa económicamente del Asegurado.
23. Actos realizados por el asegurado en estado de insanía, alcoholismo, o bajo los efectos de sustancias tóxicas.
24. Insolvencia del asegurado.
25. Riesgos nucleares o radioactividad.
26. La descarga, dispersión, derrame, migración o escape, alegado o real, de Agentes Contaminantes en cualquier momento.
27. Pérdidas que sean directa o indirectamente causadas por, o contribuidas a, o provenientes de:
  - Radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible nuclear o desecho nuclear o de la combustión de combustible nuclear;
  - La radioactividad, tóxicos, explosivos u otras propiedades peligrosas o contaminantes de cualquier instalación nuclear, reactor u otro desecho nuclear o componente nuclear del

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

mismo;

- Cualquier arma de guerra que emplee fisión atómica o nuclear y/o fusión y/o cualquier otra reacción similar o fuerza o forma radioactiva

28. Daños y perjuicios provocados por otras personas, que no se encuentren en relación de dependencia con el Asegurado y que no están específicamente cubiertos por esta póliza, aunque hubieran colaborado y/o participado con el Asegurado en los actos, hechos u omisiones que den lugar a la pretensión de los reclamantes.

29. Daños y perjuicios ocasionados por haberse inobservado y/o desviado de las instrucciones de los clientes o de personas autorizadas por ellos fehacientemente notificadas, o daños originados por incumplimiento de promesa escrita de resultado.

30. Fallas de caja, errores en pagos o infidelidad de los propios empleados del Asegurado.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS - RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA (CE.SA)**
**CLÁUSULA 2**
**RIESGOS EXCLUIDOS EN FORMA ESPECÍFICA**

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales Específicas, se deja pactado que se encuentran expresamente excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario, los riesgos y/o daños que se indican a continuación y en consecuencia el Asegurador no será responsable por el pago de cualquier y toda Indemnización y/o Costas emergente de, relacionada ó vinculada con, que sea consecuencia inmediata, mediata o casual de, que esté originada o basada en y/o que resulte de:

1. Todo Acto Culposo que tenga su origen en el uso o la posesión de aparatos, equipos o materiales no reconocidos y aprobados por las normas de la Ciencia Médica.
2. 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 recetados por el 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 o que no se encuentren registrados ante la autoridad nacional competente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
3. Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda al Asegurado de acuerdo a su especialidad declarada en el Formulario de Solicitud.
4. Daños y perjuicios causados por 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.
5. Daños originados como consecuencia directa o indirecta relacionada con:
  - i) El virus tipo HIV, HTLV III, LAV, CJD, Hepatitis A, B, C, D o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes;
  - ii) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA);
  - iii) El virus o complejo viral ACR;
  - iv) Y/o todo virus, complejo viral o síndrome que esté relacionado con la anterior, cualquiera sea su nombre a excepción de que lo haya solicitado al completar la Solicitud del Seguro y abonado la extra-prima correspondiente.
6. Daños y perjuicios causados por cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.
7. Daños y perjuicios causados por la prestación de servicios médicos efectuados por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer o practicar la medicina, odontología y/o sus actividades auxiliares, o administrar o asesorar sobre Medicina o tratamientos médicos.
8. Incumplimiento del secreto profesional de parte del Asegurado, siempre que exista condena de inhabilitación especial de acuerdo a lo prescripto por el art. 156 del Código Penal Argentino.
9. Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones o administrativas, incluso aquellas en las que el médico interviniendo hubiera estado habilitado en la especialidad requerida para su práctica.
10. Cirugías estéticas.
11. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando el sexo del paciente haya sido determinado incorrectamente al momento del nacimiento, por una enfermedad genética o por un defecto anatómico y exista autorización judicial previa para su realización.
12. Enfermedades genéticas en el caso que se determine que ellas hayan sido causadas por una manipulación genética por parte del Asegurado.
13. Hechos ocurridos y amparados por coberturas contratadas con otras Compañías de Seguro con anterioridad a la vigencia del presente.
14. Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.
15. 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 Immunohematología (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 como fuera del establecimiento 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.
16. Transmisión de una enfermedad que sufra el Asegurado y que la transmita a través de su práctica Médica.
17. En el caso de odontólogos, por daños causados por la aplicación de anestesia general o por daños causados al paciente mientras este se encuentre bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en el lugar adecuado y por el profesional adecuado para tal práctica.

**ANEXO II - ADVERTENCIAS MUY IMPORTANTES (AII)**

1

ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE LOS ALCANCES DE LA COBERTURA QUE OTORGA LA PRESENTE PÓLIZA QUE ES EN CONDICIONES "CLAIMS MADE" O "RECLAMOS HECHOS"

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 2 - RIESGO CUBIERTO - COBERTURAS: SUPUESTOS QUE DEBEN DARSE PARA SU VIGENCIA**

2.1. Sujeto a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente Póliza, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto éste deba a

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

un Cliente o sus derechohabientes, a consecuencia de un Reclamo que éste formule fundado exclusivamente en un Acto Culposo, dentro de los límites máximos de responsabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y en la Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas (incluyendo las COSTAS dentro de los límites acordados), siempre y cuando se hayan cumplido las dos condiciones siguientes:

i. que el Acto Culposo que haya generado su Reclamo, haya sido cometido exclusivamente durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable, y dentro del Ámbito Territorial y,

ii. el Reclamo haya sido formulado y notificado fehacientemente por escrito al Asegurador dentro de la Jurisdicción y durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período Extendido de Denuncias, si este fuere aplicable, y notificado por escrito por el Asegurado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido.

2.2. Queda perfectamente entendido y convenido, por tratarse de un contrato de seguro bajo condiciones CLAIMS MADE o de Reclamos HECHOS, que es condición precedente a la vigencia de la cobertura que otorga la presente Póliza, el cumplimiento de los dos supuestos enumerados en el punto 2.1 precedente.

2.3. A todos los fines y efectos de la cobertura que otorga la Póliza se considerará solamente que ha ocurrido un siniestro amparado por el presente contrato de seguro cuando efectivamente se haya formulado un Reclamo escrito al Asegurado y de igual forma se lo haya notificado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido; la simple ocurrencia de un Acto Culposo que pudiera haber ocasionado daños y perjuicios a un tercero, no constituirá un siniestro cubierto por la Póliza si no ha habido además un Reclamo escrito al Asegurado notificado de igual forma al Asegurador de acuerdo a lo precedentemente establecido.

**2**

**ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE EL DERECHO DE DENUNCIAR LOS HECHOS QUE PUEDAN GENERAR UN POSTERIOR RECLAMO, AÚN VENCIDA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 5 - DENUNCIA DE HECHOS, ACTOS U OMISIONES DEL ASEGURADO QUE PUEDAN GENERAR SU RESPONSABILIDAD - DEFENSA EN JUICIO CIVIL**

5.11. Si durante la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias (si fuese aplicable), el Asegurado tiene conocimiento de un Acto Culposo que pueda razonablemente esperarse que dé origen a un Reclamo y notifica el mismo al Asegurador de acuerdo a las disposiciones del artículo 5.1, así como las razones por las que anticipa dicho Reclamo, con detalles completos en cuanto a las fechas y las personas involucradas, entonces cualquier Reclamo que se efectúe luego al Asegurado y se denuncie al Asegurador alegando, o que surja de, o se funde en, o sea atribuible a dicho Acto Culposo notificado, o en el que se alegue un Acto Culposo que constituya el mismo o se relacione con aquel Acto Culposo alegado o contenido en dicha notificación, se considerará efectuado en el mismo momento en que se efectuó la primera notificación.

**3**

**ADVERTENCIA MUY IMPORTANTE AL ASEGURADO SOBRE EL DERECHO AL PERÍODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS**

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - CLÁUSULA 7 - PERÍODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS**

7.1. Si el Asegurador cancelara o se rehusara a renovar esta póliza, el Asegurado obtendrá en forma automática un Período Extendido de Denuncias de 3 (tres) años, computable desde la fecha de efectividad de dicha cancelación o no renovación, para notificar por escrito al Asegurador los reclamos efectuados en su contra durante dicho período, por cualquier Acto Culposo cometido durante la Vigencia de la Póliza o el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable.

7.2. Adicionalmente, el Asegurado tendrá el derecho, en contraprestación al pago de una prima adicional estipulada en las Condiciones Particulares, a contratar un Período Extendido de Denuncias por el plazo adicional previsto en las citadas Condiciones Particulares.

7.3. El derecho contenido en el punto 7.2. precedente sólo se otorgará si el Asegurador recibe una notificación por escrito de dicha elección, juntamente con la prima adicional, dentro de los 30 (treinta) días de la fecha efectiva de cancelación o no renovación.

7.4. La presente cláusula se aplicará en caso de que un Asegurado deje de prestar los Servicios Profesionales asegurados bajo esta Póliza, por razones de enfermedad, muerte, renuncia a seguir en la actividad o en caso de que el Asegurador rehúse renovar la Póliza. Esta cláusula no se aplicará a la cancelación resultante de la falta de pago de la prima, incumplimiento por parte del Asegurado de las obligaciones que surgen de la presente Póliza o por motivo de fraude en su aplicación.

7.5. Los Reclamos que se puedan presentar durante el Período Extendido de Denuncias estarán sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y límites de la Póliza, en la medida que los mismos no hayan sido expresamente modificados por la presente Cláusula. Queda especialmente entendido que los límites de cobertura máxima previstos en el Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas e indicados en las Condiciones Particulares, no se incrementan por la aplicación de esta Cláusula y que se mantienen inalterables en todos los casos.

**CONDICIONES GENERALES COMUNES (CG.CO)**

**CLÁUSULA 1  
PREMINENCIA CONTRACTUAL**

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, regirá el siguiente orden de prelación:

- Condiciones Particulares
- Cláusulas Adicionales
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales Específicas
- Condiciones Generales Comunes

Forma parte integrante de la presente póliza la "Solicitud del Seguro", que el Asegurado oportunamente completó y firmó de conformidad al solicitar la presente cobertura, la cual ha sido especialmente tenida en cuenta por el Asegurador al momento de aceptar la presente cobertura y establecer sus términos y condiciones.

**COBERTURAS QUE INTEGRAN ESTA PÓLIZA**

Los alcances y exclusiones de las coberturas que brinda esta Póliza, se detallan en las respectivas Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales, que forman parte integrante de la presente Póliza, según se detalla en las Condiciones Particulares.

**CLÁUSULA 2  
DOLO O CULPA GRAVE**

El Asegurador queda liberado si el Asegurado provoca por acción u omisión el siniestro o el hecho del que nace su responsabilidad, dolosamente o con culpa grave, salvo los actos realizados para prevenir el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Arts. 70 y 114 - L. de S.).

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN**
**PRODUCTO**
**R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

No obstante el Asegurador cubre al Asegurado por la culpa grave de las personas por las que resulte legalmente responsable y/o de sus dependientes cuando éstos se hallen en relación de dependencia laboral con el Asegurado y siempre que el siniestro ocurra con motivo o en ocasión de esa relación, sin perjuicio de subrogarse en sus derechos contra el dependiente.

**CLÁUSULA 3  
RETIENCIA**

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 - L. de S.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 - L. de S.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 - L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

**CLÁUSULA 4  
AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (Art. 38 - L. de S.).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos, hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 - L. de S.).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso (Art. 41 - L. de S.).

**CLÁUSULA 5  
PLURALIDAD DE SEGUROS**

Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el período durante el cual conocieron esa intención (Arts. 67 y 68 - L. de S.).

**CLÁUSULA 6  
PAGO DE LA PRIMA**

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 del Premio que forma parte del presente contrato.

**CLÁUSULA 7  
FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE**

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.

**CLÁUSULA 8  
OBLIGACIÓN DE SALVAMENTO**

El Asegurado está obligado a proveer lo necesario, en la medida de sus posibilidades, para evitar o disminuir el daño y a observar las instrucciones del Asegurador, quien le reembolsará los gastos no manifestamente desacertados, de acuerdo a la regla proporcional que establece el artículo 65 de la Ley de Seguros.

Si existe más de un Asegurador y median instrucciones contradictorias, el Asegurado actuará según las instrucciones que aparezcan más razonables en las circunstancias del caso.

Si el Asegurado viola esta obligación dolosamente o por culpa grave, el Asegurador queda liberado de su obligación de indemnizar en la medida que el daño hubiera resultado menor sin esa violación.

Si los gastos se realizan de acuerdo a instrucciones del Asegurador, éste debe siempre su pago íntegro y anticipará los fondos si así le fuere requerido (Arts. 72 y 73 - L. de S.).

**CLÁUSULA 9  
ABANDONO**

El Asegurado no puede hacer abandono de los bienes afectados por el siniestro (Art. 74 - L de S.).

**CLÁUSULA 10  
CAMBIO EN LAS COSAS DAÑADAS**

## CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES

SECCIÓN	RESPONSABILIDAD CIVIL	PRODUCTO	R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE	PÓLIZA
---------	-----------------------	----------	-------------------------------------	--------

El Asegurado no puede, sin el consentimiento del Asegurador, introducir cambios en las cosas dañadas que hagan más difícil establecer la causa del daño o el daño mismo, salvo que se cumpla para disminuir el daño o en el interés público.  
 El Asegurador sólo puede invocar esta disposición cuando proceda sin demoras a la determinación de las causas del siniestro y a la valuación de los daños.  
 La violación maliciosa de esta carga libera al Asegurador (Art. 77 - L. de S.).

### CLÁUSULA 11

#### DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Asegurado está obligado a comunicar sin demora a las autoridades competentes el acaecimiento del hecho, cuando así corresponda por su naturaleza.  
 El Asegurado debe denunciar al Asegurador el hecho del que nace su eventual responsabilidad (si es conocido por él o debía conocerlo) o el reclamo del tercero, dentro de los tres (3) días de producido (Art. 115 - L. de S.), bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - L. de S.).  
 No puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción alguna sin anuencia del Asegurador salvo, en interrogación judicial, el reconocimiento de hechos (Art. 116 - L. de S.).  
 Cuando el Asegurador no asuma o decline la defensa, se liberará de los gastos y costas que se devenguen a partir del momento que deposite los importes cubiertos o la suma demandada, el que fuere menor, con más los gastos y costas ya devengados, en la proporción que le corresponda (Arts. 110 y 111 - L. de S.).  
 El Asegurado también está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 - L. de S.).

### CLÁUSULA 12

#### EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DEL SINIESTRO

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el segundo párrafo del Artículo 46 de la Ley de Seguros o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 48 - L. de S.).

### CLÁUSULA 13

#### SEGURO POR CUENTA AJENA

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el Tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resulten del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado, a menos que el Tomador demuestre que contrató por mandato de aquél o en razón de una obligación legal (Art. 23 - L. de S.).  
 Los derechos que derivan del contrato, corresponden al Asegurado si posee la póliza. En su defecto, no puede disponer de esos derechos ni hacerlos valer judicialmente sin el consentimiento del Tomador. (Art. 24 - L. de S.).

### CLÁUSULA 14

#### RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.  
 Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.  
 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.).

### CLÁUSULA 15

#### CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros Nº 17.418 (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 con el régimen previsto en el artículo 36 de la mencionada Ley de Seguros.

### CLÁUSULA 16

#### VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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.

### CLÁUSULA 17

#### GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (Art. 76 - L. de S.).

### CLÁUSULA 18

#### REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 75 - L. de S.).

### CLÁUSULA 19

#### SUBROGACIÓN

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.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**
**CLÁUSULA 20  
PLURALIDAD DE DAMNIFICADOS**

Si existiese pluralidad de damnificados, la indemnización debida por el Asegurador se distribuirá a prorrata. Cuando se promuevan dos o más acciones, se acumularán los diversos procesos para ser resueltos por el juez que previno (Art. 119 - L. de S.).

**CLÁUSULA 21  
DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES**

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (Art. 16 - L. de S.).

**CLÁUSULA 22  
CÓMPUTO DE LOS PLAZOS**

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

**CLÁUSULA 23  
PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN**

Toda controversia judicial que se plantea con relación o a consecuencia del presente contrato, será dirimida, a opción del Asegurado, ante los tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

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.

**CLÁUSULA 24  
CESIÓN DE DERECHOS DE LA PÓLIZA**

El Asegurado no podrá ceder ni transferir a terceros esta Póliza o los derechos emergentes de la misma sin la autorización previa y por escrito del Asegurador.

**CLÁUSULAS ANEXAS a las CONDICIONES GENERALES (CA.CG)**
**CLÁUSULA ANEXA 50**
**CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO**

**ARTÍCULO 1º:** El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación, en la moneda indicada en las Condiciones Particulares.

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).

En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la hora cero del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), o de la fecha consignada como fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, la que fuere posterior.

El importe de la primera cuota deberá contener además el total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato (texto conforme Resolución Superintendencia de Seguros de la Nación Nro. 21.600).

La periodicidad y el vencimiento para el pago de cada una de las cuotas restantes serán los consignados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de las mismas.

En caso de otorgarse financiamiento para el pago del premio, podrá aplicarse el componente financiero que hubiere determinado el Asegurador para los diferentes planes de financiación.

**ARTÍCULO 2º:** La cobertura que otorga la póliza quedará automáticamente suspendida, de acuerdo al medio de pago convenido, cuando:

a) vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, éste no fue realizado en término, o

b) por cualquier causa no imputable al Asegurador (ej. por haber agotado el crédito disponible), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la tarjeta de crédito declarada por el Asegurado para tal fin, o

c) por cualquier causa no imputable al Asegurador (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Asegurado para tal fin.

Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora veinticuatro (24) del día del vencimiento para el pago del premio exigible, sin necesidad de notificación previa al Asegurado.

**ARTÍCULO 3º:** El Asegurado quedará constituido en mora en forma automática, por el simple vencimiento del plazo, sin necesidad de interpellación extrajudicial o judicial alguna. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

**ARTÍCULO 4 :** Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término, surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

**ARTICULO 5º:** Sin perjuicio de lo expuesto precedentemente, el Asegurador podrá resolver el contrato ante la falta de pago, notificando tal situación al Asegurado. No obstante, transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Asegurado haya pagado y rehabilitado la misma, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpellación extrajudicial o judicial alguna. En ambos casos, el Asegurador tendrá derecho, como penalidad, al cobro íntegro de la prima correspondiente al período de cobertura suspendida, hasta el momento de la resolución.

**ARTÍCULO 6º:** El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

**ARTÍCULO 7 :** La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

**ARTICULO 8º:** Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la póliza.

**ARTÍCULO 9º:** Cuando la prima queda sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que debe efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

**ARTÍCULO 10 :** Queda entendido y convenido que los créditos reciprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados con este contrato de seguro u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores.

**MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)**

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. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
- d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
- e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

**CLÁUSULA ANEXA 100**
**CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN**

A los efectos de la presente póliza, déjanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

**I.**

1) Guerra Internacional: Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).

2) Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3) Guerrilla: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

4) Rebelión, Insurrección o Revolución: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

5) Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

6) Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino.

No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.

9) Vandalismo o Malevolencia: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11) Lock Out: Se entienden por tal:

a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra internacional o guerra civil, de rebelión, de sedición o motín, de conmoción civil, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock out.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN**
**PRODUCTO**
**R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

III. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

**CLÁUSULA ANEXA 3 (CA.CG.3)  
PÓLIZAS COLECTIVAS**

Cuando la Póliza se emita bajo la modalidad de póliza colectiva, el Tomador o contratante será quien tiene a cargo la contratación de la póliza, siempre que exista un vínculo jurídico previo y ajeno a la contratación del seguro entre el Tomador y los Asegurados. El Tomador será, salvo pacto en contrario o salvo que la Póliza se emita con facturación individual a cada Asegurado, quien tenga a cargo el pago del premio de la Póliza.

Las condiciones pactadas por el Tomador o contratante con el Asegurador serán de aplicación para todos aquellos Asegurados incluidos o que soliciten su adhesión a la póliza colectiva.

Toda vez que en las presentes Condiciones Generales, Específicas o Particulares se mencione la "vigencia" de la póliza se entenderá que la misma se inicia para cada Asegurado en el momento en que se produce su incorporación a la póliza colectiva y finaliza cuando el mismo es excluido de la misma.

El Tomador o contratante se encuentra habilitado para solicitar al Asegurador las modificaciones correspondientes en la nómina de la Póliza colectiva mediante el requerimiento por escrito de las altas y/o bajas y/o modificaciones de Asegurados que correspondan.

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS  
COBERTURA BASE RECLAMOS (CLAIMS MADE) (CG.CE.BR)**
**CLÁUSULA 1  
DEFINICIONES**

A todos los fines y efectos de la presente Póliza los términos y/o vocablos que se indican a continuación tendrán específicamente los siguientes significados y/o alcances:

**1.1 PÓLIZA:** es el Contrato de Seguro, incluyendo sus Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales, las Condiciones Particulares y la Solicitud del Seguro firmada por el Asegurado.

**1.2ASEGURADOR:** es FEDERACION PATRONAL SEGUROS., con domicilio en Avenida 51 N 770, La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

**1.3 TOMADOR:** es quien suscribe la presente Póliza. Cuando el Tomador sea también Asegurado, ello quedará indicado en las Condiciones Particulares.

**1.4 ASEGURADO:** es la persona humana o jurídica cuyo(s) nombre(s) figura(n) en tal carácter en las Condiciones Particulares y sus socios, directores, funcionarios, Empleados o Colaboradores, pero exclusivamente en relación con el desempeño de los Servicios Profesionales que se describen en las citadas Condiciones Particulares y las respectivas Condiciones Específicas, en el ejercicio de profesiones de carácter universitario, terciario y/o sujetas a regulación legal. En caso de personas humanas, quedan comprendidos: los profesionales en ejercicio a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, aunque con posterioridad a dicha fecha pasen a situación de retiro y/o jubilación; los profesionales jubilados antes de la entrada en vigencia de la presente Póliza pero que hubieran estado en actividad durante el Período de Retroactividad, si este hubiera sido contratado; todos y cada uno de los herederos del profesional asegurado, en la medida que se deriven responsabilidades por los hechos del causante que hubiere fallecido durante la vigencia de este contrato.

**1.5 EMPLEADO/S O COLABORADOR/ES:** son las personas que estando o no en relación de dependencia con el Asegurado, le presten servicios como dependientes suyos, o como simples colaboradores, mientras el Asegurado esté prestando los Servicios Profesionales y por las cuales el Asegurado resulte civilmente responsable.

**1.6 SERVICIOS PROFESIONALES:** es la actividad principal, profesional y/o calificada, desarrollada por el Asegurado, que se declara en la Solicitud del Seguro y que obra en las Condiciones Particulares.

**1.7 ÁMBITO TERRITORIAL:** es el territorio geográfico indicado en las Condiciones Particulares, en el cual el Asegurado:

- 1) está debida y legalmente inscrito para el ejercicio de su profesión y,
  - 2) presta los Servicios Profesionales declarados a sus Clientes,
- siendo que la presente cobertura rige solamente con relación a Actos Culposos ocurridos dentro del mismo.

**1.8. JURISDICCIÓN** es el país o países indicado/s en las Condiciones Particulares donde deben ser formulados y notificados los Reclamos como condición de cobertura de la Póliza.

**1.9 CLIENTE:** es toda persona humana o jurídica a la que el Asegurado le ha prestado o le presta Servicios Profesionales durante la Vigencia de la Póliza y dentro del Ámbito Territorial.

A los efectos del presente seguro no se consideran Clientes:

- a) El cónyuge o conviviente -en los términos del Artículo 509 y subsiguientes del Código Civil y Comercial de la Nación- y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y las personas que se encuentren económicamente a cargo del mismo.
- b) Los Empleados y Colaboradores del Asegurado, en tanto el evento sea consecuencia aún remota de la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado.

**1.10 VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** es el periodo de vigencia del contrato de seguro, es decir desde que se inicia la cobertura en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, hasta su conclusión en la fecha también allí indicada o hasta el momento en que el presente contrato fuese rescindido de acuerdo a las previsiones del mismo.

**1.11 RECLAMO:** es todo reclamo o reclamos ya sean extrajudiciales, judiciales o de cualquier otro tipo de un Cliente, de contenido y naturaleza económica, que sea formulado y notificado por escrito al Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias, si éste fuese aplicable, fundado en un Acto Culposo cubierto por el presente contrato de seguro y notificado por escrito por el Asegurado al Asegurador dentro de los 3 días hábiles de conocido.

Si un Reclamo fuere notificado inicialmente en forma extrajudicial al Asegurado y posteriormente se formalizara en forma judicial, tal Reclamo solamente se considerará amparado por la presente cobertura si el juicio es iniciado y notificado dentro de la Jurisdicción.

**1.12 ACTO CULPOSO:** es todo incumplimiento por parte del Asegurado de las obligaciones profesionales en forma no intencional o todo acto u omisión culposa del Asegurado o de otras personas por las cuales el Asegurado resulte legalmente responsable, cometido exclusivamente durante la prestación a Clientes de los Servicios Profesionales indicados en las Condiciones Particulares, en el ejercicio de profesiones de carácter universitario y/o sujetas a regulación legal, y que pueda generar un Reclamo cubierto por el presente contrato de seguro, con tal que concurren los siguientes requisitos:

- i) que tal acción u omisión se cometa durante y/o con motivo de la prestación rendida a un Cliente dentro del Ámbito Territorial de los Servicios Profesionales indicados en las Condiciones Particulares y que además, haya sido cometida durante la Vigencia de la póliza o durante el Período de Retroactividad, si fuere aplicable;
- ii) que le ocasione Daños y Perjuicios al Cliente.

**1.13 DAÑOS Y PERJUICIOS:** son todos y cualquiera de los daños y perjuicios, incluido el Daño Moral, con exclusión de los punitivos, que pueda sufrir un Cliente a consecuencia de un Acto Culposo cubierto por esta Póliza.

**1.14 COSTAS:** son todos los costos, costas y gastos razonables, necesarios y consentidos previamente por escrito por el Asegurador, que resulten única y exclusivamente de la

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**

<b>SECCIÓN</b>	<b>RESPONSABILIDAD CIVIL</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE</b>	<b>PÓLIZA</b>
----------------	------------------------------	-----------------	--	---------------

defensa extrajudicial y/o judicial de un Reclamo, pero excluyéndose los sueldos, retribuciones u honorarios del Asegurado o sus Empleados o Colaboradores.

1.15 INDEMNIZACION(ES): es toda indemnización monetaria por Daños y Perjuicios debida por el Asegurado a un Cliente con motivo de un Reclamo y que deba ser pagada por haberse dictado una sentencia judicial firme o por haberse llegado a una transacción o conciliación celebradas con el previo consentimiento por escrito del Asegurador. No serán indemnizables bajo esta póliza el pago de multas o sanciones de cualquier naturaleza y/o indemnizaciones derivadas de una cláusula penal o de características similares, daños punitivos ejemplares, pago de impuestos propios o de terceros o cualquier indemnización que no sea de carácter pecuniario. Tampoco será indemnizable cualquier cuestión que sea considerada como no asegurable bajo la ley aplicable.

1.16 PERÍODO DE RETROACTIDAD: se entiende por tal a la fecha en que comienza a regir la vigencia de la primera cobertura contratada con este Asegurador o una fecha anterior, si así se hubiera pactado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Por lo tanto cada vez que en la presente se mencione al Período de Retroactividad, deberá entenderse que se está refiriendo a dicha fecha y que cada renovación posterior con éste mismo Asegurador, no alterará dicha fecha inicial.

1.17 DAÑO MORAL: es la lesión a los sentimientos o afecciones legítimas de una persona

**CLÁUSULA 2**
**RIESGO CUBIERTO - COBERTURAS: SUPUESTOS QUE DEBEN DARSE PARA SU VIGENCIA**

2.1. Sujeto a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente Póliza, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto éste deba a un Cliente o sus derechohabientes, a consecuencia de un Reclamo que éste formule fundado exclusivamente en un Acto Culposo, dentro de los límites máximos de responsabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y en la Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas (incluyendo las COSTAS dentro de los límites acordados), siempre y cuando se hayan cumplido las dos condiciones siguientes:

i. que el Acto Culposo que haya generado su Reclamo, haya sido cometido exclusivamente durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable, y dentro del Ámbito Territorial y,

ii. el Reclamo haya sido formulado y notificado fehacientemente por escrito al Asegurador dentro de la Jurisdicción y durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período Extendido de Denuncias, si este fuere aplicable, y notificado por escrito por el Asegurado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido.

2.2. Queda perfectamente entendido y convenido, por tratarse de un contrato de seguro bajo condiciones CLAIMS MADE o de Reclamos HECHOS, que es condición precedente a la vigencia de la cobertura que otorga la presente Póliza, el cumplimiento de los dos supuestos enumerados en el punto 2.1 precedente.

2.3. A todos los fines y efectos de la cobertura que otorga la Póliza se considerará solamente que ha ocurrido un siniestro amparado por el presente contrato de seguro cuando efectivamente se haya formulado un Reclamo escrito al Asegurado y de igual forma se lo haya notificado al Asegurador dentro de los 3 días de conocido; la simple ocurrencia de un Acto Culposo que pudiera haber ocasionado daños y perjuicios a un tercero, no constituirá un siniestro cubierto por la Póliza si no ha habido además un Reclamo escrito al Asegurado notificado de igual forma al Asegurador de acuerdo a lo precedentemente establecido.

**CLÁUSULA 3**
**SUMA ASEGUARADA - LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGUADOR - FRANQUICIA DEDUCIBLE**

3.1. Sin importar el número de Asegurados, Reclamos o Reclamantes, la suma asegurada estipulada las Condiciones Particulares bajo el ítem "Suma Máxima Asegurada por Cada Acto Culposo" es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador respecto de todas las Indemnizaciones pagaderas bajo la presente Póliza por Reclamos que sean consecuencia inmediata, mediata o remota del mismo Acto Culposo o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados. Si se efectúan Reclamos subsiguientes que surjan de un mismo Acto Culposo o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados, todos esos Reclamos, cualquiera sea el momento en que se denuncien, se considerarán efectuados y/o denunciados en la fecha en que se hubiere denunciado el primer Acto Culposo de dicha serie y, en consecuencia, todos esos Reclamos estarán sujetos a un solo y único límite de responsabilidad y/o suma asegurada como si fuera un único y mismo Acto Culposo y un único y mismo Reclamo.

3.2. Sin importar el número de Asegurados, Reclamos o Reclamantes, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares e indicada como "Suma Máxima Asegurada Acumulada", será el límite máximo de responsabilidad total del Asegurador para el pago de todas las Indemnizaciones pagaderas bajo la presente Póliza por todos los Reclamos denunciados y notificados durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período Extendido de Denuncias, si fuere aplicable. Una vez agotado este límite máximo de cobertura, el Asegurador no será responsable por el pago de ningún Reclamo.

3.3. Sin importar el número de Asegurados, Reclamos o Reclamantes, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares aplicable a "Suma Máxima Asegurada para Costas por cada Reclamo" es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador con relación al pago de Costas por cada Reclamo o serie de Reclamos que sean consecuencia inmediata, mediata o remota del mismo Acto Culposo o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados. Si se efectúan Reclamos subsiguientes que surjan de un mismo Acto Culposo o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados, todos esos Reclamos, cualquiera sea el momento en que se denuncien, se considerarán efectuados y/o denunciados en la fecha en que se hubiere denunciado el primer Acto Culposo de dicha serie y, en consecuencia, todos esos Reclamos serán considerados un mismo y único Reclamo y por ende estarán sujetos a un solo y único límite máximo de responsabilidad o suma asegurada para el pago de Costas.

3.4. Sin importar el número de Asegurados, Reclamos o Reclamantes, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares indicada como "Suma Máxima Asegurada Acumulada para Costas", será el límite máximo de responsabilidad total del Asegurador para el pago de todas las Costas pagaderas bajo la presente Póliza por todos los Reclamos denunciados y notificados durante la Vigencia de la Póliza o durante el Período Extendido de Denuncias, si fuere aplicable. Una vez agotado este límite máximo de cobertura, el Asegurador no será responsable por el pago de Costas de ningún tipo.

3.5. De la suma que se acuerde indemnizar a un Cliente por haberse llegado a una transacción o conciliación, celebradas con el previo consentimiento por escrito del Asegurador, o de la que resulte de una sentencia judicial firme, incluyendo Costas e intereses, el Asegurado participará, por cada Acto Culposo o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados, con una "Franquicia Deducible" a su cargo, la cual se indica en las Condiciones Particulares, pudiendo expresarse como un monto fijo o un porcentaje de las Sumas Aseguradas. En consecuencia, el Asegurador será responsable por el pago de cualquier Indemnización en exceso de la franquicia deducible mencionada. Esta franquicia deducible no podrá ser amparada por otro seguro bajo pena de nulidad de este contrato de seguro.

3.6. Si dos o más pólizas de seguro de responsabilidad profesional emitidas por el Asegurador que cubran a los mismos Asegurados, se aplican a uno o más Reclamos en relación con los mismos Actos Culposos o serie de Actos Culposos continuos, repetidos o relacionados por los cuales el/los Asegurados son responsables conjunta o solidariamente, el Asegurador no será responsable bajo esta Póliza más allá de la relación entre el límite de responsabilidad aplicable bajo esta Póliza y el total de los límites de responsabilidad aplicables a dichas otras pólizas; sin embargo, el importe total a pagar bajo todas esas pólizas no deberá exceder el límite de responsabilidad más alto aplicable bajo cualquier póliza.

**CLÁUSULA 4**
**RIESGOS EXCLUIDOS**

Se encuentran expresamente excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario, los riesgos y/o daños que se indican a continuación y en consecuencia el Asegurador no será responsable por el pago de cualquier y toda Indemnización y/o Costas emergente de, relacionada ó vinculada con, que sea consecuencia inmediata, mediata o casual de, que esté originada o basada en y/o que resulte de:

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN**
**PRODUCTO**
**R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

1. Dolo o culpa grave del Asegurado.
2. Un Reclamo iniciado por un Asegurado contra otro; o
  - a) iniciado por parte o por cuenta de un Asegurado o una empresa comercial de propiedad o administrada en forma directa o indirecta, total o parcialmente, por un Asegurado o iniciado por o por cuenta de la casa matriz, una subsidiaria, sucesora o cessionaria del Asegurado o de dicha empresa comercial; o
  - b) una afiliada del Asegurado o dicha empresa comercial, a través de la propiedad de la mayoría de acciones ordinarias o control, contra un Asegurado;
3. Lesiones personales de cualquier tipo incluyendo muerte (pero esta exclusión no incluye al Daño Moral) y daños materiales a cosas, incluyendo lucro cesante o pérdida de uso o beneficio.
4. Acto Culposo cometido antes de la Vigencia de la Póliza o de la fecha de inicio del Período de Retroactividad, si fuere aplicable, o denunciado luego de finalizada la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias, si fuera aplicable.
5. Reclamos a consecuencia de Servicios Profesionales prestados por el Asegurado fuera del Ámbito Territorial.
6. Actos Culposos cometidos durante el Período Extendido de Denuncias, si éste fuera aplicable.
7. Hechos de guerra civil o internacional, rebelión, sedición o motín, guerrilla o terrorismo, tumulto popular, saqueo, confiscación, nacionalización, destrucción o requisición resultantes del ejercicio de la autoridad.
8. La obtención de una ganancia o ventaja a la cual el Asegurado no tenga legalmente derecho.
9. Detención, prisión o arresto ilegal, privación de la libertad.
10. Libelo, calumnias o difamación. Amenazas y agresión violenta o agravante. Falsas denuncias. Difusión en medios públicos de información o imágenes agraviantes.
11. Ingreso o desalojo ilegítimos, o invasión del derecho a la privacidad.
12. Que surja del incumplimiento con una garantía de desempeño relativa a la calidad de los Servicios Profesionales a ser provistos por el Asegurado.
13. Cualquier tipo de discriminación, sobre cualquier base o fundamento.
14. Cualquier Reclamo que se funde, surja de o se deba a o involucre en forma directa o indirecta la insolvencia, liquidación, quiebra o incapacidad financiera para pagar, de una compañía de seguros en la que el Asegurado haya colocado u obtenido un seguro o garantía.
15. Cualquier reclamo que sea consecuencia inmediata, mediata o casual, directa o indirecta, basado, atribuible, resultante de o relacionado con la garantía o promesa de recibir un determinado salario, bonus, premio, comisión u otro tipo de ingreso.
16. Que surja de una obligación respecto de la cual el Asegurado o su Asegurador puedan ser responsabilizados bajo una ley de accidentes del trabajo, compensación por desempleo o ley de beneficios de invalidez, o bajo una ley similar.
17. Que surja de un litigio pendiente o anterior a la fecha de inicio de la Vigencia de la Póliza, o derivado de los mismos o esencialmente de los mismos hechos que se aleguen en dicho litigios.
18. Por la devolución de honorarios, cargos, comisiones u otra forma de compensación por Servicios Profesionales prestados por el Asegurado, o que se requiera que éste preste.
19. Multas o sanciones de cualquier naturaleza y/o indemnizaciones derivadas de una cláusula penal ó de características similares, daños punitivos ejemplares, pago de impuestos propios o de terceros.
20. Que tenga como base o de cualquier manera resultara atribuible a la violación de cualquier ley que imponga obligaciones relativas a fondos de pensiones o jubilaciones, salud o vivienda o cualquier otra ley similar en la República Argentina y en cualquier otra jurisdicción ¿ ERISA en los Estados Unidos ¿ únicamente en lo que se refieran a los derechos sociales que de manera genérica se establezcan en las legislaciones mencionadas.
21. Daños a activos en poder del asegurado, por guarda o custodia, transporte, uso o manipulación o la ejecución de un trabajo.
22. Reclamos emergentes o relacionados con la prestación de Servicios Profesionales a cualquier persona o entidad controlada por el Asegurado, incluyendo funcionarios, empleados, socios o accionistas mayoritarios; o que dependa económicamente del Asegurado.
23. Actos realizados por el asegurado en estado de insanía, alcoholismo, o bajo los efectos de sustancias tóxicas.
24. Insolvencia del asegurado.
25. Riesgos nucleares o radioactividad.
26. La descarga, dispersión, derrame, migración o escape, alegado o real, de Agentes Contaminantes en cualquier momento.
27. Pérdidas que sean directa o indirectamente causadas por, o contribuidas a, o provenientes de:
  - Radiación iónica o contaminación radioactiva de cualquier combustible nuclear o desecho nuclear o de la combustión de combustible nuclear;
  - La radioactividad, tóxicos, explosivos u otras propiedades peligrosas o contaminantes de cualquier instalación nuclear, reactor u otro desecho nuclear o componente nuclear del mismo;
  - Cualquier arma de guerra que emplee fisión atómica o nuclear y/o fusión y/o cualquier otra reacción similar o fuerza o forma radioactiva
28. Daños y perjuicios provocados por otras personas, que no se encuentren en relación de dependencia con el Asegurado y que no están específicamente cubiertos por esta póliza, aunque hubieran colaborado y/o participado con el Asegurado en los actos, hechos u omisiones que den lugar a la pretensión de los reclamantes.
29. Daños y perjuicios ocasionados por haberse inobservado y/o desviado de las instrucciones de los clientes o de personas autorizadas por ellos fehacientemente notificadas, o daños originados por incumplimiento de promesa escrita de resultado.
30. Fallas de caja, errores en pagos o infidelidad de los propios empleados del Asegurado.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN** **RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO** **R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**
**CLÁUSULA 5**
**DENUNCIA DE HECHOS, ACTOS U OMISIONES DEL ASEGURADO QUE PUEDAN GENERAR SU RESPONSABILIDAD - DEFENSA EN JUICIO CIVIL**

5.1. El Asegurado, dentro de los tres (3) días de conocido o que debía conocer la existencia de un Acto Culposo o de cualquier acto u omisión que pudiera generar un Reclamo, deberá denunciar tal circunstancia en forma fehaciente y por escrito al Asegurador. El incumplimiento de esta obligación producirá la caducidad de los derechos del Asegurado si el mismo obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

5.2. Sin perjuicio de lo precedentemente establecido en 5.1, en caso de Reclamo contra el Asegurado, éste debe dar aviso fehaciente y por escrito al Asegurador, del Reclamo recibido, a más tardar al tercer siguiente hábil de notificado, en caso de demanda judicial, y entregarle simultáneamente, la cédula, las copias y demás documentos objeto de tal notificación.

5.3. El Asegurador podrá asumir o declinar la defensa del Asegurado. Se entenderá que el Asegurador asume la defensa, si no la declinara mediante aviso fehaciente por escrito enviado al Asegurado dentro de los tres días hábiles de recibida la información referida en 5.2. En caso de que la asuma, el Asegurador se reserva la facultad de nombrar al/los profesional/es que representarán y patrocinarán al Asegurado, indicando a tal fin el/los nombre/s de dichos profesionales. En este caso, el Asegurado queda obligado a suministrar, sin demora: i) todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y a otorgar, en favor del ó de los abogados indicados, el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo instrumento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda y, ii) a cumplir con los actos procesales que las leyes pongan personalmente a su cargo.

5.4. Cuando la(s) cantidad(es) demandada(s) excede(n) la suma asegurada, el Asegurado podrá, a su cargo, participar también en la defensa con el profesional o profesionales se que designe(n) a tal efecto, siendo en este caso las Costas vinculadas con tal intervención, exclusivamente a su cargo.

5.5. El Asegurador podrá, en cualquier tiempo, declinar la defensa del Asegurado.

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

5.7. 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 exclusiones o hechos, actos u omisiones eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarla dentro de los cinco días hábiles de dicho conocimiento.

5.8. Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, éste no podrá exigir que el Asegurador las sustituya, ni éste último estará obligado a hacerlo.

5.9. Queda entendido y convenido que la responsabilidad máxima del Asegurador por el pago de Costas - incluyendo las que se puedan devengar conforme a lo dispuesto en la Cláusula 6º de las presentes Condiciones Generales Específicas, no podrá exceder nunca las sumas máximas que se indican en las Condiciones Particulares.

5.10. Si durante la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias, si fuere aplicable, se hubiere notificado por escrito al Asegurador un Reclamo de acuerdo a los términos de este artículo, entonces todo Reclamo que se efectúe posteriormente contra el Asegurado y se denuncie al Asegurador, en el que se alegue, o surja de, o se funde en, o sea atribuible a un Acto Culposo que sea el mismo o esté relacionado con un Acto Culposo alegado en el Reclamo respecto del cual se efectuó dicha notificación, se considerará efectuado en el momento en que se efectuó la primera notificación del primer Reclamo.

5.11. Si durante la Vigencia de la Póliza o el Período Extendido de Denuncias (si fuese aplicable), el Asegurado tiene conocimiento de un Acto Culposo que pueda razonablemente esperarse que dé origen a un Reclamo y notifica el mismo al Asegurador de acuerdo a las disposiciones del artículo 5.1, así como las razones por las que anticipa dicho Reclamo, con detalles completos en cuanto a las fechas y las personas involucradas, entonces cualquier Reclamo que se efectúe luego al Asegurado y se denuncie al Asegurador alegando, o que surja de, o se funde en, o sea atribuible a dicho Acto Culposo notificado, o en el que se alegue un Acto Culposo que constituya el mismo o se relacione con aquel Acto Culposo alegado o contenido en dicha notificación, se considerará efectuado en el mismo momento en que se efectuó la primera notificación.

5.12. En caso de denuncia de cualquier Acto Culposo o Reclamo al Asegurador, éste podrá llevar a cabo una investigación y, con el consentimiento por escrito del Asegurado, llevar a cabo la conciliación del Reclamo o de cualquier eventual y futuro Reclamo que considere conveniente. Si el Asegurado se rehusara a dar su consentimiento a una conciliación recomendada por el Asegurador que el reclamante considere aceptable, cesará la obligación del Asegurador de defender al Asegurado y éste deberá negociar o defendérse contra dicho Reclamo en forma independiente del Asegurador y la responsabilidad de este último no excederá el importe por el cual se podría haber conciliado el Reclamo si el Asegurado hubiese dado su consentimiento, con más las Costas incurridas hasta la fecha de dicha negativa de consentimiento.

5.13. Lo anteriormente expuesto en 5.12. no afecta la posibilidad del asegurador de optar por realizar el depósito de la suma asegurada en los términos del Artículo 110 de la Ley de Seguros.

**CLÁUSULA 6**  
**PROCESO PENAL**

6.1. Si con motivo de un riesgo cubierto por la Póliza se promoviera un proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso fehaciente y por escrito al Asegurador, quién dentro de los tres días hábiles de recibida tal comunicación deberá informar al Asegurado en caso de que decida asumir su defensa. Si el Asegurador no informa tal decisión dentro de los mencionados tres días, se entenderá que ha declinado la misma y en tal caso el Asegurado deberá designar a su costa al profesional que lo defienda e informarle a aquél de las actuaciones producidas en el juicio y las eventuales 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, siendo aplicables, en todos los casos los límites máximos de responsabilidad del Asegurador que para las Costas se establecen en las Condiciones Particulares.

6.2. Si en el proceso penal se incluyera alguna reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el artículo 29 del Código Penal, será de aplicación también lo previsto en la Cláusula 5 que antecede.

**CLÁUSULA 7**  
**PERÍODO EXTENDIDO DE DENUNCIAS**

7.1. Si el Asegurador cancelara o se rehusara a renovar esta póliza, el Asegurado obtendrá en forma automática un Período Extendido de Denuncias de 3 (tres) años, computable desde la fecha de efectividad de dicha cancelación o no renovación, para notificar por escrito al Asegurador los reclamos efectuados en su contra durante dicho período, por cualquier Acto Culposo cometido durante la Vigencia de la Póliza o el Período de Retroactividad, si este fuere aplicable.

7.2. Adicionalmente, el Asegurado tendrá el derecho, en contraprestación al pago de una prima adicional estipulada en las Condiciones Particulares, a contratar un Período Extendido de Denuncias por el plazo adicional previsto en las citadas Condiciones Particulares.

7.3. El derecho contenido en el punto 7.2. precedente sólo se otorgará si el Asegurador recibe una notificación por escrito de dicha elección, juntamente con la prima adicional, dentro de los 30 (treinta) días de la fecha efectiva de cancelación o no renovación.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**

<b>SECCIÓN</b>	<b>RESPONSABILIDAD CIVIL</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE</b>	<b>PÓLIZA</b>
----------------	------------------------------	-----------------	--	---------------

7.4. La presente cláusula se aplicará en caso de que un Asegurado deje de prestar los Servicios Profesionales asegurados bajo esta Póliza, por razones de enfermedad, muerte, renuncia a seguir en la actividad o en caso de que el Asegurador rehúse renovar la Póliza. Esta cláusula no se aplicará a la cancelación resultante de la falta de pago de la prima, incumplimiento por parte del Asegurado de las obligaciones que surgen de la presente Póliza o por motivo de fraude en su aplicación.

7.5. Los Reclamos que se puedan presentar durante el Período Extendido de Denuncias estarán sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones y límites de la Póliza, en la medida que los mismos no hayan sido expresamente modificados por la presente Cláusula. Queda especialmente entendido que los límites de cobertura máxima previstos en el Cláusula 3 de las presentes Condiciones Generales Específicas e indicados en las Condiciones Particulares, no se incrementan por la aplicación de esta Cláusula y que se mantienen inalterables en todos los casos.

**CLÁUSULA 8**
**RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA CON EL MISMO ASEGURADOR: EFECTOS**

8.1. Si al vencimiento del presente contrato de seguro éste fuera renovado por el Asegurado con el Asegurador por un año más en condiciones equivalentes al del que se renueva, la nueva Póliza, además de los riesgos cubiertos por ella, amparará todo Reclamo que, de acuerdo a las previsiones de la Cláusula 2 de estas Condiciones Generales Específicas, se formule dentro de su vigencia y que se origine en un Acto Culposo cometido durante la vigencia de la póliza original que fuera renovada.

8.2. Si en el futuro el Asegurado, en forma consecutiva e ininterrumpida, continúa renovando con el Asegurador los mismos riesgos que se cubren en este contrato de seguro en condiciones equivalentes, cada nueva póliza que emita el Asegurador además de los riesgos cubiertos por ella amparará todo Reclamo que, de acuerdo a las previsiones de la Cláusula 2 de estas Condiciones Generales Específicas, se formule dentro de su vigencia y que se origine en un Acto Culposo cometido durante la vigencia de cualquiera de las pólizas anteriores.

8.3. Queda especialmente entendido y convenido que:

- i. cualquier indemnización que pudiera ser a cargo del Asegurador en los supuestos previstos en 8.1. y 8.2. que anteceden, no podrá exceder, en ningún caso y por todo concepto, los límites establecidos en las Condiciones Particulares;
- ii. se deja expresa constancia que los límites que rigen para los Reclamos que se formulen durante un año póliza, son los establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza vigente para dicho año, no acumulándose con los límites de las pólizas anteriores.

**CLÁUSULA 9**
**VERIFICACION DEL SINIESTRO**

9.1. El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar:

- i) un Acto Culposo,
- ii) el Reclamo de un Cliente y la extensión de la eventual prestación a su cargo,
- iii) la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador ni implica aceptación del siniestro denunciado puesto que es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

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

9.3 El Asegurado deberá prestar su cooperación al Asegurador y a solicitud de éste deberá colaborar con su declaración en los juicios o procesos, así como para hacer valer cualquier derecho a contribución o indemnización contra cualquier persona u organización que pueda ser responsable frente al Asegurado. Éste deberá asistir a las audiencias, juicios y declaraciones y cooperará para garantizar la producción de pruebas y la asistencia de testigos. El Asegurado no podrá -excepto a su propio costo- asumir responsabilidad alguna, ni efectuar ningún pago voluntario, ni tampoco asumir obligaciones o incurrir en gastos de ningún tipo.

**CLÁUSULA 10**
**CAMBIO EN LA COBERTURA**

10.1. Cualquier comunicación que el Asegurado efectúe a través de un productor o asesor de seguros o el conocimiento que éstos u otra persona tenga, no se considerarán efectuados al Asegurador hasta tanto éste reciba formalmente los mismos ni implicarán renuncia a o modificación de parte alguna de la Póliza, ni impedirán que el Asegurador haga valer ningún derecho bajo las condiciones de esta Póliza; ni tampoco se podrá renunciar o modificar las condiciones de la misma, excepto mediante endoso emitido por el Asegurador.

**CLÁUSULA 11**
**DECLARACIONES REFERENTES A EXPERIENCIA SINIESTRAL ANTERIOR**

11.1 Es condición de la cobertura que se otorga a través del presente seguro que el Asegurado no haya recibido reclamación o demanda de ninguna especie por su responsabilidad civil emergente de su actividad profesional, con anterioridad al comienzo de la vigencia de la presente Póliza. El Asegurado emitirá una Declaración Jurada en tal sentido, la que se instrumentará en la Solicitud del Seguro, con las consecuencias previstas en la Cláusula 5 ¿ Reticencia de las Condiciones Generales Comunes.

**CLÁUSULA 12**
**NOTIFICACIONES A LOS ASEGURADOS**

12.1. El Asegurado nombrado en primer término en las Condiciones Particulares actuará por cuenta y orden de todos los Asegurados con respecto a la entrega y recepción de notificaciones de cancelación, pago de primas y recepción de devoluciones de primas que puedan corresponder bajo esta póliza, o de la aceptación de un endoso emitido como parte de la misma y el ejercicio o la renuncia al derecho al Período Extendido de Denuncias.

**CLÁUSULA 13**
**CARGAS DE CONDUCTA PARA EL ASEGURADO**

13.1 Resultan cargas del Asegurado, las siguientes:

- En general, las impuestas fundamentalmente por los Artículos 46, 67, 77, 36 inc. a) de la Ley 17.418.
- En particular, las impuestas por las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.
- El Asegurado deberá llevar adecuado registro de atención de sus clientes, ya sea en forma manuscrita o por soportes informatizados, que permita frente al evento potencialmente compensable, individualizar la documentación relacionada con el hecho, durante un mínimo de 5 años.

13.2 La no observancia de estas cargas, así como cualquier otra que se formule por escrito y figure indicada en las Condiciones Particulares y sea detectada por el Asegurador en

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**
**SECCIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL**
**PRODUCTO R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE**
**PÓLIZA**

forma previa a la ocurrencia de un siniestro, facultará para que éste suspenda la cobertura, mediante notificación fechaciente. En caso de verificarse una vez producido el siniestro, 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.

13.3 En consecuencia el Asegurador se reserva el derecho de solicitar la práctica de una Auditoría mediante profesionales y/o personal especializado, quienes previamente a ello suscribirán un convenio de confidencialidad o compromiso de cumplimiento del secreto profesional.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS**
**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA (CE.SA)**
**CLÁUSULA 1  
DEFINICIONES**

**PROFESIONALES DE LA MEDICINA:** es toda persona humana que:

- 1) cuente con título habilitante otorgado por la autoridad competente para desempeñarse como profesional o auxiliar de la medicina, quedando comprendidos dentro de esta definición, sin pretender agotarla, médicos, odontólogos, farmacéuticos, bioquímicos, obstetras y/u otro auxiliar de la medicina, de acuerdo con las disposiciones legales nacionales o provinciales vigentes;
- 2) se desempeñe en la especialidad o especialidades que se detallan en las Condiciones Particulares, dentro del Ámbito Territorial para el cual fue conferida dicha habilitación.

**CLIENTE:** es toda persona humana (paciente) a la que el Asegurado le ha prestado o le presta Servicios Profesionales de Medicina durante la Vigencia de la Póliza y dentro del Ámbito Territorial.

A los efectos del presente seguro no se consideran Clientes:

- e) El cónyuge o conviviente -en los términos del Artículo 509 y subsiguientes del Código Civil y Comercial de la Nación- y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y las personas que se encuentren económicamente a cargo del mismo.
- f) Los Empleados y Colaboradores del Asegurado, en tanto el evento sea consecuencia aún remota de una enfermedad contraída durante el desempeño laboral o como consecuencia de un accidente de trabajo.

**CLÁUSULA 2**
**RIESGOS EXCLUIDOS EN FORMA ESPECÍFICA**

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales Específicas, se deja pactado que se encuentran expresamente excluidos de la cobertura que otorga la Póliza, salvo pacto en contrario, los riesgos y/o daños que se indican a continuación y en consecuencia el Asegurador no será responsable por el pago de cualquier y toda Indemnización y/o Costas emergente de, relacionada o vinculada con, que sea consecuencia inmediata, mediata o casual de, que esté originada o basada en y/o que resulte de:

18. Todo Acto Culposo que tenga su origen en el uso o la posesión de aparatos, equipos o materiales no reconocidos y aprobados por las normas de la Ciencia Médica.

19. 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 recetados por el 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 o que no se encuentren registrados ante la autoridad nacional competente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.

20. Un diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda al Asegurado de acuerdo a su especialidad declarada en el Formulario de Solicitud.

21. Daños y perjuicios causados por 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.

22. Daños originados como consecuencia directa o indirecta relacionada con:

- i) El virus tipo HIV, HTLV III, LAV, CJD, Hepatitis A, B, C, D o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes;
- ii) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA);
- iii) El virus o complejo viral ACR;
- iv) Y/o todo virus, complejo viral o síndrome que esté relacionado con la anterior, cualquiera sea su nombre a excepción de que lo haya solicitado al completar la Solicitud del Seguro y abonado la extra-prima correspondiente.

23. Daños y perjuicios causados por cualquier tratamiento para impedir la procreación, excepto cuando el método esté legal y científicamente aceptado.

24. Daños y perjuicios causados por la prestación de servicios médicos efectuados por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer o practicar la medicina, odontología y/o sus actividades auxiliares, o administrar o asesorar sobre Medicina o tratamientos médicos.

25. Incumplimiento del secreto profesional de parte del Asegurado, siempre que exista condena de inhabilitación especial de acuerdo a lo prescripto por el art. 156 del Código Penal Argentino.

26. Actos médicos o intervenciones quirúrgicas prohibidas por leyes específicas o reglamentaciones o administrativas, incluso aquellas en las que el médico intervientista hubiera estado habilitado en la especialidad requerida para su práctica.

27. Cirugías estéticas.

28. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar modificaciones y/o cambios de sexo, excepto cuando el sexo del paciente haya sido determinado incorrectamente al momento del nacimiento, por una enfermedad genética o por un defecto anatómico y exista autorización judicial previa para su realización.

29. Enfermedades genéticas en el caso que se determine que ellas hayan sido causadas por una manipulación genética por parte del Asegurado.

30. Hechos ocurridos y amparados por coberturas contratadas con otras Compañías de Seguro con anterioridad a la vigencia del presente.

31. Transmutaciones nucleares cuando no deriven del uso terapéutico de la energía nuclear.

32. 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 Immunohematología (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 como fuera del establecimiento 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.

33. Transmisión de una enfermedad que sufra el Asegurado y que la transmita a través de su práctica Médica.

**CONDICIONES GENERALES - COMUNES Y ADICIONALES**

<b>SECCIÓN</b>	<b>RESPONSABILIDAD CIVIL</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>R.C.PROF. DE LA SALUD - CLAIMS MADE</b>	<b>PÓLIZA</b>
----------------	------------------------------	-----------------	--	---------------

34. En el caso de odontólogos, por daños causados por la aplicación de anestesia general o por daños causados al paciente mientras este se encuentre bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en el lugar adecuado y por el profesional adecuado para tal práctica.

**CLÁUSULA 4  
CARGAS PARA EL ASEGURADO**

En adición a las cargas establecidas en las Condiciones Generales Específicas, son cargas del Asegurado:

- Llevar adecuado registro de su atención, ya sea en la Historia Clínica de su Consultorio, la Institucional, y/o la Ficha Clínica de Consultorio.
- En la misma, el Asegurado deberá escribir en forma concisa, veraz, ordenada y prolíja, en lo posible con bolígrafo negro, 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, epicrisis 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 Consultorio o Historia clínica Institucional.
- 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, etc.
- Cada Historia Clínica o Ficha de Consultorio, deberá contener un Formulario 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 entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá también estar suscripto en todos los casos por el/los profesional/es interviniente/s asegurados.
- En consecuencia, el Asegurador se reserva el derecho de practicar Auditoria Médico-Legal de la Documentación Clínica así como de la aplicación, utilización y documentación del Proceso de Consentimiento Informado.
- La inejecución de las cargas legales, y/o así como las convencionales aquí enunciadas, y las que se indiquen en las Condiciones Particulares de Póliza, producirán la pérdida de los derechos del Asegurado en relación con el presente contrato.

En el caso de las convencionales, se producirá la caducidad de los derechos del Asegurado si:

- a) En el incumplimiento de la carga, medió culpa o negligencia del Asegurado;
- b) Si el incumplimiento influyó en el acaecimiento del siniestro o en la extensión de la obligación del Asegurador si se tratara de cargas anteriores al siniestro; si se tratara de cargas posteriores al mismo, bastará con que la inejecución de las mismas haya influido en la extensión de la obligación asumida (art. 36, Ley de Seguros).

**CLÁUSULAS ADICIONALES RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA (CA.SA)**

Solo formarán parte de la póliza las cláusulas que se enumeran a continuación.

**Cláusula 1 - Cobertura de Actos del Buen Samaritano (CA.SA.1)**

En consideración al Juramento Hipocrático, el Asegurador se obliga a dar la cobertura prevista en la presente póliza al Asegurado para el caso en que éste deba dar asistencia médica de emergencia a personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

Esta cobertura de los Actos del Buen Samaritano se extiende a cualquier país, a excepción de los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido del Canadá.

**Cláusula 2 - Cobertura de Virus tipo HIV, HTLV 11I, LAV, CJD, Hepatitis, SIDA, virus o complejo viral ACR y/o todo virus, complejo viral o síndrome que esté relacionado con lo anterior, cualquiera sea su nombre. (CA.SA.2)**

Queda entendido y convenido que la presente póliza se extiende a cubrir los Daños y Perjuicios que sufren los pacientes y/o derecho habientes del mismo, y que resulten como consecuencia de la infección con el/los virus enunciados, la enfermedad en sí misma y/o cualquiera de sus secuelas, y que tengan relación de causalidad adecuada, con la práctica médica del Asegurado, dado que el Asegurado ha solicitado la cobertura al completar el formulario de Solicitud del Seguro y ha abonado la extraprime correspondiente.