

POLIZA 490147

RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL MÉDICA

**SMG Compañía Arg.
de
Seguros S.A.**

CERTIFICADO DE COBERTURA N° 530

Por el presente certificamos el listado de profesionales amparados por póliza 490147-0 que tiene vigente en esta Compañía el Tomador designado a continuación con la cobertura que a continuación se describe:

Póliza:	490147
Tomador:	CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
Cobertura:	Responsabilidad Civil Profesional Médica (base claims made) Monto Asegurado por siniestro: \$ 150.000
Deducible	3% del límite de indemnización por evento
Vigencia de Cobertura:	desde 1/03/2009 hasta 1/03/2010
Fecha Retroactiva:	1/03/2008
Límite Agregado Anual:	\$5.000.000.- (Pesos cinco millones)

Advertencia: La póliza a la que corresponde este certificado, ha sido emitida bajo la condición de que el acto u omisión del que deriva la responsabilidad del Asegurado, haya sido practicado durante la vigencia del seguro, y que a su vez, el reclamo sea efectuado y notificado dentro del Período de Cobertura, Renovación, o durante el Período de Extensión de Denuncias.

El siguiente certificado se emite bajo las condiciones establecidas en la póliza objeto de cobertura y con plena vigencia de las cláusulas impresas en la misma.

Se extiende el presente para ser presentado ante quien corresponda en Buenos Aires a los 1 días del mes de marzo de 2009.

SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. (en adelante "El Asegurador") y quien más adelante se designa como "El Asegurado" convienen celebrar el presente contrato de seguro de acuerdo con las Condiciones Particulares y Generales que se anexan e integran esta póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe

Si el texto de ésta póliza difiere del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 12 de la Ley de Seguros 17.418)

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: Esta póliza se emite bajo la condición de que el . acto médico del que deriva la responsabilidad del Asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro, y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del Periodo de Cobertura, Renovación: o durante el Periodo de Extensión de Denuncias. Lea detenidamente el texto de la póliza, y en particular, las cláusulas 4 (RIESGO CUBIERTO), 6 (EXCLUSIONES DE COBERTURA), 8 (RENOVACIÓN DEL CONTRATO) Y 9 (EXTENSIÓN DE PERÍODO DE DENUNCIAS), porque ellas determinan el alcance de su cobertura.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de "la Compañía" dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CC 1067), Capital Federal o a los Teléfonos 343-9090, 331-0188 o 331-7456. (RESOLUCIÓN 24868)

ANEXO A LA PÓLIZA ESTABLECIDO EN EL APARTADO 25.1 DE LA RESOLUCIÓN 21.523

De acuerdo a lo establecido en el mencionado Apartado 25.1 de la Resolución 21.523, se reproduce el texto de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales de esta Póliza:

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Cláusula 6: El Asegurador no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden , provengan y/o tengan su origen en:

1. Daños a personas no consideradas terceros a los fines de esta cobertura. A tal efecto no serán terceros:
 - a) el cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad.o afinidad, y a la persona unida en matrimonio aparente con el Asegurado;
 - b) las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado;
 - c) las personas vinculadas con el Asegurado por un contrato de aprendizaje o por una prestación de servicios.
2. La utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
3. Actos o intervenciones prohibidos por la ley o los reglamentos administrativos.
4. Violaciones al deber de secreto profesional.
5. La transmisión de enfermedades que posea el Asegurado en forma personal.
6. Intervenciones quirúrgicas que se efectúen con el objeto de lograr cambios de sexo.
7. Daños genéticos.
8. Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen el resultado de cualquier intervención o tratamiento.
9. Dolo o culpa grave asimilable al dolo del Asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Se entenderá por culpa grave, entre otros casos, por ejemplo la omisión de la cautela ordinaria que hubiere empleado el Asegurado de no estar cubierto por el seguro.
10. Actos de discriminación cometidos por el Asegurado, entendiéndose por tales toda acción u omisión originada en razón de la nacionalidad, raza, religión, edad o sexo o condición del paciente o de un tercero.
11. La negativa a prestar servicios profesionales con la inmediatez necesaria, si dicha negativa se basa sólo en la incapacidad de la persona de abonar dichos servicios.
12. Todo ultraje o violación a la libertad sexual individual.
13. Multas u otras penalidades aplicadas tanto en lo administrativo cuanto en los fueros civil o penal judicial.
14. Polución provocada por residuos patológicos o contaminantes, o gastos y costos de regulaciones gubernamentales para disponer, limpiar, remover, tratar, o neutralizar tales residuos.

CONDICIONES GENERALES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Cláusula 1: Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 Y a las de la presente póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA PÓLIZA.

Cláusula 2: Forman parte de la presente póliza la Solicitud o Propuesta del seguro y el Formulario para la Calificación del Riesgo, ambos firmados por el Asegurado.

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

Cláusula 3: El ámbito de aplicación de la presente cobertura comprende la responsabilidad civil que se derive de actos médicos realizados en el Territorio de la República Argentina. No obstante lo indicado precedentemente, la cobertura de la presente póliza se extenderá a la responsabilidad por actos realizados en cualquier parte del mundo en los siguientes casos

1. - Cuando el Asegurado participe en Seminarios, Congresos o Simposios.
2. - En el supuesto de asistencia médica a alguna persona derivada del deber de Socorro. (acto humanitario).

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 4: Sujeto a las condiciones, alcances, límites y exclusiones que se establecen en esta Póliza, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la responsabilidad civil, derivada del ejercicio legal de la medicina siempre y cuando se cumplan las dos condiciones que se indican a continuación:

que el acto negligente del Asegurado que ocasiona el daño haya ocurrido durante el periodo de vigencia de la presente Póliza o durante la RETROACTIVIDAD (para el supuesto de sucesivas renovaciones)

y

que el damnificado o sus derechohabientes formulen su reclamo económico y lo notifique fehacientemente por escrito durante el periodo de vigencia de esta Póliza, su Renovación o durante el periodo de Extensión de Denuncias.

En consecuencia, quedarán excluidas de la cobertura todos los reclamos derivados de actos médicos cometidos fuera del periodo de cobertura de la presente póliza y las notificaciones formuladas por el Asegurado, o los reclamos o demandas de terceros que

lleguen a conocimiento del Asegurador fuera del límite temporal de vigencia de esta póliza, o del plazo opcional pactado en el endoso correspondiente, aunque deriven de actos médicos practicados durante su vigencia.

DEFINICION de RETROACTIVIDAD: A los efectos de la presente cobertura se entiende por RETROACTIVIDAD, la fecha en que comienza a regir la primer cobertura contratada con este Asegurador. Por lo tanto cada vez que en la presente se mencione el termino RETROACTIVIDAD, deberá entenderse que se esta refiriendo a la fecha en que comenzó la primer Póliza con este Asegurador y cada sucesiva renovación no alterara dicha fecha inicial.

CARGA DEL ASEGURADO. NOTIFICACIÓN DE ACTOS SUCEPTIBLES DE GENERAR RECLAMOS

Cláusula 5: El Asegurado deberá denunciar el hecho del que podría nacer su eventual responsabilidad dentro de los tres (3) días de producido (art. 115).

El Asegurado notificará al Asegurador por escrito la ocurrencia de cualquier hecho conocido, o que razonablemente deba conocer, del que por su importancia pudiera derivar un siniestro de responsabilidad civil profesional.

la notificación del posible siniestro deberá contener:

1. lugar, fecha y hora en que tuvo lugar el acto médico.
2. Descripción detallada de lo ocurrido, incluyendo qué servicios profesionales fueron o debieron haber sido prestados.
3. Nombre y domicilio de la persona afectada.
4. Nombre y domicilio de los testigos, si los hubiere.

Efectuada esta notificación por el Asegurado, el posible siniestro quedará cubierto aún cuando el reclamo del tercero se produjere con posterioridad al período de vigencia de la póliza o de sus sucesivas renovaciones siempre que al finalizar la ultima vigencia con este Asegurador, el Asegurado compre el Endoso de Extensión de Cobertura.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Cláusula 6: El Asegurador no cubre la responsabilidad civil del Asegurado por reclamos en los que directa o indirectamente se pretenda el resarcimiento de o que se funden , provengan y/o tengan su origen en:

1. Daños a personas no consideradas terceros a los fines de esta cobertura. A tal efecto no serán terceros:
 - a) el cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, y a la persona unida en matrimonio aparente con el Asegurado;
 - b) las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado;
- c) las personas vinculadas con el Asegurado por un contrato de aprendizaje o por una prestación de servicios (contratista o sub contratista).

2. La utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
3. Actos o intervenciones prohibidos por la ley o los reglamentos administrativos.
4. Violaciones al deber de secreto profesional
5. La transmisión de enfermedades que posea el Asegurado en forma personal.
6. Intervenciones quirúrgicas que se efectúen con el objeto de lograr cambios de sexo.
7. Daños genéticos.
8. Incumplimiento de convenios, promesas o publicidad que garanticen el resultado de cualquier intervención o tratamiento.
9. Dolo o culpa grave asimilable al dolo del Asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Se entenderá por culpa grave, entre otros casos, por ejemplo la omisión de la cautela ordinaria que hubiere empleado el Asegurado de no estar cubierto por el seguro.
10. Actos de discriminación cometidos por el Asegurado, entendiéndose por tales toda acción u omisión originada en razón de la nacionalidad, raza, religión, edad o sexo o condición del paciente o de un tercero.
11. La negativa a prestar servicios profesionales con la inmediatez necesaria, si dicha negativa se basa sólo en la incapacidad de la persona de abonar dichos servicios.
12. Todo ultraje o violación a la libertad sexual individual.
13. Multas u otras penalidades aplicadas tanto en lo administrativo cuanto en los fueros civil o penal judicial.
14. Polución provocada por residuos patológicos o contaminantes, o gastos y costos de regulaciones gubernamentales para disponer, limpiar, remover, tratar, o neutralizar tales residuos.

SUMA ASEGURADA. LIMITE DE INDEMNIZACION, LÍMITE POR SINIESTRO Y EN EL AGREGADO ANUAL. DEDUCIBLES.

Cláusula 7: La Suma Asegurada estipulada de común acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado representa el límite máximo por siniestro que el Asegurador pagara en concepto de daños, gastos y costas del litigio. Se entiende por siniestro todo reclamo económico, judicial o extrajudicial, formulado por el damnificado o sus herederos y notificado fehacientemente por escrito al Asegurado o Asegurador a consecuencia de un riesgo cubierto y en tanto el reclamo se produzca durante la vigencia de esta Póliza, su

renovación o durante el Periodo de Extensión de Denuncias

Límite por Siniestro: El Límite de Indemnización por siniestro no excederá al indicado como Limite de Cobertura en las Condiciones Particulares, independientemente del numero de reclamantes que tengan derecho a ser indemnizados.

Límite en el Agregado Anual: El máximo de indemnización admisible por todos los siniestros ocurridos durante el Periodo de Cobertura de la presente Póliza será, salvo pacto en contrario, de hasta tres veces la Suma Asegurada.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Cláusula 8: Si a su vencimiento, este contrato se renovara por otro período anual, la cobertura se extenderá a las notificaciones o los reclamos que se efectúen durante la renovación y que sean consecuencia de hechos ocurridos durante el periodo de vigencia de la póliza inicial, aunque el reclamo o demanda se hubiera notificado con posterioridad a su vencimiento. En el supuesto de sucesivas renovaciones, ininterrumpidas, la cobertura siempre se extenderá retroactiva mente cubriendo la responsabilidad emergente de hechos ocurridos desde el inicio de la vigencia de la póliza inicial (su retroactividad).

EXTENSIÓN DE PERIODO DE DENUNCIAS

Cláusula 9: En caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, cualquiera fuere la causa, el Asegurado tendrá el derecho a extender por tiempo ilimitado, comprando el endoso opcional de extensión de denuncias, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos ocurridos durante tal periodo.

En consecuencia este endoso de extensión para denuncias solo cubrirá:

- **. los actos imputables a la responsabilidad profesional del Asegurado que hayan ocurrido luego de la fecha retroactiva o durante la vigencia de la póliza no renovada y que los**
- **. reclamos sean efectuados y notificados con posterioridad a la vigencia de la póliza no renovada.**

Este Endoso de Extensión de Denuncias deberá ser solicitado por el Asegurado en forma escrita y dentro de los treinta días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

Los Limites de Indemnización, tanto para siniestros como para el agregado anual, que se contrataron en el ultimo periodo, conforme constan en las Condiciones Particulares, son los que regirán como limites de cobertura para el correspondiente Endoso de 'Extensión de Denuncias y por lo tanto este endoso no supondrá en ningún caso una ampliación de los montos de indemnización fijados en el contrato.

El premio correspondiente al endoso de Extensión del Período de Denuncias deberá abonarse al contado.

Como única excepción, se establece que si la póliza se rescindiera por falta de pago del Premio por parte del Asegurado, éste no tendrá derecho a obtener el "Endoso de Extensión del Período de Denuncias".

Solicitado el endoso dentro del plazo y abonado el complemento del Premio que haya fijado el Asegurador, este no podrá negarse a emitirlo y, una vez emitido, no podrá cancelario.

Este Endoso de Extensión de Cobertura se mantendrá vigente hasta que se agoten los límites (por siniestro y en el agregado anual) contratados en la última vigencia.

<p>ADVERTENCIA AL ASEGURADO. Bajo ningún concepto el Asegurador atenderá reclamos efectuados por los terceros luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada, sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho que motiva el reclamo, haya sido o no denunciado por el Asegurado si no se ha emitido el Endoso de Extensión de Denuncias.</p>

FALLECIMIENTO o INCAPACIDAD ABSOLUTA DEL ASEGURADO

Cláusula 10: Si el Asegurado falleciera o quedara incapacitado absolutamente, luego de transcurridas cinco renovaciones anuales el Asegurador emitirá sin cargo el Endoso de Extensión del Período de Denuncias a favor de los herederos. El plazo de vigencia de este endoso será hasta que se consuman los límites de cobertura contratados en la última póliza.

CESE DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DEL ASEGURADO

Cláusula 11: Si transcurridas cinco renovaciones anuales, el Asegurado de 65 o más años de edad cesara en la actividad profesional solicitando su baja en la matrícula respectiva, el Asegurador emitirá sin cargo el Endoso de Extensión del Período de Denuncias.. El plazo de vigencia de este endoso será hasta que se consuman los límites de cobertura contratados en la última póliza.

CARGA DEL ASEGURADO

Cláusula 12: Sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula 5, el Asegurado se obliga a notificar al Asegurador por escrito dentro del término perentorio de tres días, y bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento, derivado de un hecho eventualmente cubierto por esta póliza. (Art.47 ley 17.418)

DEFENSA EN JUICIO CIVIL.

Cláusula 13: En caso de reclamo judicial civil contra el Asegurado y/o demás personas amparadas por la cobertura, este deberá dar aviso fehaciente al Asegurador de la demanda promovida a mas tardar el día siguiente hábil de notificado y remitir simultáneamente al Asegurador la cláusula, copias y demás documentación objeto de la notificación.

El Asegurador deberá asumir o declinar la defensa. Se entenderá que El Asegurador asume la defensa, si no la declinara mediante aviso fehaciente dentro de dos días hábiles de recibida la información y documentación referente al reclamo judicial. En caso que la asuma El Asegurador deberá designar el o los profesionales que representaran y patrocinaran al Asegurado, y este queda obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga y a otorgar en favor de los profesionales designados el respectivo poder para el ejercicio de la representación legal, entregando el respectivo instrumento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes pongan personalmente a su cargo.

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

El Asegurador podrá en cualquier tiempo declinar en el juicio la defensa del Asegurado. Si El Asegurador no asumiera la defensa en el juicio, o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquel, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.

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

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

El Asegurador únicamente se hará cargo de los costos y gastos en que se incurra

con su expreso consentimiento por escrito.

OPCIÓN DEL ASEGURADOR

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

DEFENSA EN JUICIO PENAL

Cláusula 14: Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso al Asegurador, quien dentro de los DOS DÍAS de recibida tal comunicación deberá manifestar si hace uso de su facultad de asumir la defensa. En caso de silencio se considerará que El Asegurador no ha ejercido tal facultad. Si la defensa no fuese asumida por El Asegurador, el Asegurado deberá designar a su costa al profesional que lo defienda e informarle de las actuaciones producidas en el juicio y las sentencias que se dictaren. Si El Asegurador participara en la defensa, las costas a su cargo se limitaran a los honorarios de los profesionales que hubiera designado al efecto. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el artículo 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en el apartado anterior (OPCIÓN DEL ASEGURADOR).

RESCISIÓN DEL CONTRATO.

Cláusula 15: Sin perjuicio de lo dispuesto en la Cláusula 9, relativa al "Endoso de Extensión del Período de Denuncias", cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar la causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que la Asegurador quede notificado en forma fehaciente de la decisión (Art. 18 Ley 17.418).

Cuando la vigencia del seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se producirá 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.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 16: El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, salvo que en la Ley o en el presente contrato se hubiera previsto otro efecto.

RETICENCIA

Cláusula 17: 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 (artículo 50 de la Ley de Seguros 17.418).

SUBROGACIÓN

Cláusula 18: 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 al Asegurador. El Asegurador no puede valerse de la subrogación en perjuicio del Asegurado (artículo 80 de la Ley de Seguros N° 17418).

COMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 19: Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

COMPETENCIA JUDICIAL

Cláusula 20: Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato entre el Asegurador y el Asegurado, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes del lugar de emisión de la póliza.

PERIODO AUTOMATICO DE EXTENSION DE DENUNCIAS (2 AÑOS)

Se extiende, por un período de dos (2) años a contar desde la finalización de la vigencia de la presente póliza o desde la rescisión de la misma por alguna de las partes, cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la finalización la vigencia de esta Póliza y exclusivamente por actos ocurridos durante tal periodo.

En consecuencia este período de extensión para denuncias por dos (2) años solo cubrirá

los actos imputables a la responsabilidad profesional del Asegurado que hayan ocurrido luego de la fecha retroactiva o durante la vigencia de la póliza no renovada

y que los

- reclamos sean efectuados y notificados con posterioridad a la vigencia de la póliza

no renovada hasta un plazo de dos (2) años desde la finalización de la vigencia de la presente Póliza.

Los Límites de Indemnización, tanto para siniestros como para el agregado anual, que se contrataron en el último periodo, conforme constan en las Condiciones Particulares, son los que regirán como límites de cobertura para el presente periodo de Extensión de Denuncias y por lo tanto este período adicional de extensión de denuncias no supondrá en ningún caso una ampliación de los montos de indemnización fijados en el contrato.

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

SEGUROS

Sección:

SERVICIOS MEDICOS INC

Póliza: 490147-0

P.Vta: Buenos Aires

Operación: NUEVOS NEGOCIOS

**Vigencia: desde las 12:00hs. del 1 Marzo de 2008
hasta las 12.00hs**

Emitida en : Buenos Aires el 12/03/2008

Suplemento Adicional

CARGA DEL ASEGURADO

En caso de pacientes internados, el Asegurado deberá mantener un sistema de registro escrito de historias clínicas con la evolución médica de cada paciente, desde su ingreso a la Institución hasta su derivación, óbito o alta definitiva. La documentación médica antedicha deberá contener la firma de los profesionales involucrados en los procedimientos y tratamientos. Asimismo deberá incluirse en cada caso, un consentimiento informado confeccionado en forma completa y con la firma original del paciente y el profesional solicitante.

En caso de pacientes ambulatorios, el Asegurado deberá confeccionar un registro tipo ficha o similar (historia clínica), donde volcará las evoluciones de los pacientes atendidos ya sea por consultorio externo o guardia.

Nota: dada la importancia de la referida documentación, la misma deberá ser legible, pudiendo utilizarse solamente abreviaturas de uso universal

DEFINICIÓN DE RECLAMO

A efectos de los alcances de la presente póliza, se considera RECLAMO a toda petición formulada por escrito por un tercero dirigida al Asegurado que contenga una pretensión indemnizatoria por cualquier acto de mala praxis médica, cierto o presunto, o la manifestación expresa de la intención de responsabilizar al asegurado por cualquier acto de mala praxis medica.

RECLAMOS CONCURRENTES

Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto médico generador de Responsabilidad por mala praxis o de varios actos médicos que deban ser reputados como uno sólo, tales reclamos se considerarán:

- Como uno sólo
- Como efectuados en el momento en el que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.

LÍMITE EN EL AGREGADO ANUAL DE PÓLIZA:

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 7 de las Condiciones Generales de la presente póliza, apartado "LÍMITE EN EL AGREGADO ANUAL", la máxima indemnización admisible por todos los actos cubiertos de todos los Asegurados y por el total de todos los reclamos, ocurridos o que se le formularsen desde el inicio de la vigencia de la póliza hasta el plazo de un año o dentro del PERIODO AUTOMATICO DE EXTENSION DE DENUNCIAS si fuera aplicable, será de hasta: \$2.000.000.- (Pesos dos millones).

FRANQUICIA / DEDUCIBLE:

El Tomador asume por su propia cuenta o en nombre de cada Profesional asegurado en razón su condición de Colegio Profesional y/o como responsable legal de la administración del presente contrato, el pago de una franquicia fija / deducible del 3% del límite de Indemnización establecido, por cada reclamo que corresponda indemnizar por los alcances de la presente póliza y autoriza a la deducción de tal importé de cualquier pago que concierna por montos indemnizatorios, costas judiciales o montos de otra naturaleza.

VIGENCIA MENSUAL

La presente póliza es de vigencia mensual, de pago contado y con renovaciones sucesivas automáticas.

El pago de la factura de cada mensualidad habilitara de manera automática las renovaciones de los periodos subsiguientes.

SEGUROS

Sección:

SERVICIOS MEDICOS INC

Póliza: 490147-0

P.Vta: Buenos Aires

Operación: NUEVOS NEGOCIOS

**Vigencia: desde las 12:00hs. del 1 Marzo de 2008
hasta las 12.00hs**

Emitida en : Buenos Aires el 12/03/2008

Suplemento Adicional

CLAUSULA 001-CLAUSULA PARTICULAR-COBERTURAS INDIVIDUALES

Cláusula Particular 001 - Coberturas individuales.

La obligación de la aseguradora de mantener indemne el asegurado se limita exclusivamente a aquellos actos médicos realizados por el profesional tanto haya actuado en el ámbito de la especialidad declarada en la propuesta de seguro y/o en las actividades mencionadas en la misma.

SEGUROS

Sección:

SERVICIOS MEDICOS INC

Póliza: 490147-0

P.Vta: Buenos Aires

Operación: NUEVOS NEGOCIOS

**Vigencia: desde las 12:00hs. del 1 Marzo de 2008
hasta las 12.00hs**

Emitida en : Buenos Aires el 12/03/2008

Suplemento Adicional

CLAUSULA 025-DEFENSA PENAL

Cláusula 025 - Defensa Penal.-

Dejamos expresamente aclarado que esta Compañía asumirá la defensa penal en juicio siempre que el Asegurado no haya incurrido en ninguna de las causales de exclusión de la presente cobertura y que su póliza no presente deuda pendiente de cobro, o hubiese sido anulada por cualquier causa.

Asimismo aclaramos que los costos y de honorarios de los profesionales que intervengan en nombre del Asegurado y la Compañía, no serán deducidos de suma asegurada.

SEGUROS

Sección:

SERVICIOS MEDICOS INC

Póliza: 490147-0

P.Vta: Buenos Aires

Operación: NUEVOS NEGOCIOS

**Vigencia: desde las 12:00hs. del 1 Marzo de 2008
hasta las 12.00hs**

Emitida en : Buenos Aires el 12/03/2008

Suplemento Adicional

CLAUSULA 983-CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Cláusula 983 - Cláusula de Cobranza del 'Premio.

Artículo 1 De acuerdo con la Resolución Nro. 21600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación el comienzo de la vigencia de la cobertura del riesgo del presente seguro, queda supeditado al pago total o parcial del premio. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

En caso que el premio se pague en cuotas el pago de la primera de ellas dará lugar al comienzo de la cobertura.

Artículo 2 Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Si embargo, el premio correspondiente al periodo de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

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

Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedará a su favor, como penalidad, el importe del premio correspondiente al periodo transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.

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

Artículo 3 Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de periodo menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de póliza. En este caso el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en 30 (treinta) días.

Artículo 4 CUando la prima queda sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 5 Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniere fehacientemente entre el *mismo* y el Asegurado.

Artículo 6 Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

Artículo 7 Esta cláusula de cobranza sera de aplicación en todos los contratos de seguros,' con excepción de los que seguidamente se enumeran

- a)seguros de Caución
- b)Seguros de Granizo
- c)Seguros de mercaderías flotantes y por viaje