NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POSICION FISCAL: RESP. INSCRIPTO * CUIT: 30-70812715-5 * Nº INSCRIPCIÓN IIBB: 30-70812715-5 JURISDICCIÓN: 901 * SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION: 744

ENTRE **NOBLE COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** EN ADELANTE **"EL ASEGURADOR"** Y QUIEN MAS ABAJO SE DESIGNA CON EL NOMBRE DE **"ASEGURADO"** O **"TOMADOR"**, SE CONVIENE EN CELEBRAR EL PRESENTE CONTRARTO DE SEGURO SUJETO A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES Y/O ANEXADAS A LA PRESENTE POLIZA O ENDOSO QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

TOMADOR:	EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
DOMICILIO:	AV. ROCA 255 (9000) CDRO RIVADAVIA CHUBUT
POSICION FISCAL:	IVA: INSCRIPTO CUIT/CUIL 30-62061043-3 I/BRUTOS NRO.:

SECCION:	RESP.CIVIL PROFESIONAL	**FECHA EMISION:**	11/11/2024
POLIZA NRO.:	8306563 **ENDOSO NRO.:** 0	**RENUEVA DE:**	8272639
VIGENCIA:	Desde las 12 hs. del 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025		

PRODUCTOR.:	10001	QUINTANA MARCELO HORACIO	MATRICULA SSN NRO.:	17061
ORGANIZADOR:	101	QUINTANA MARCELO HORACIO	MATRICULA SSN NRO.:	17061

DATOS DEL RIESGO

BASE DE LA COBERTURA:	CLAIMS MADE SEGÚN TEXTO.
FRANQUICIA:	SEGÚN SE INDICA EN ANEXO 999.
UBICACIÓN DE RIESGO:	CALLE AV.ROCA 255 (9000)-CDRO RIVADAVIA-CHUBUT-ARG
ASEGURADO:	EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
FECHA DE RETROACTIVIDAD:	15/11/2019
TIPO DE MOVIMIENTO:	RENOVACION
ACTIVIDAD:	OTROS
JEFE DE EQUIPO:	
MATRICUL A PROFESIONAL:	
COBERTURA:	R.C. INSTITUCIONALR.C. COMPRENSIVA
SUMA ASEGURADA TOTAL DEL RIESGO:	----------U$S 250,000.00
LIMITE GLOBAL ANUAL:	U$S

OBSERVACIONES:

"La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338- 4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora"

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS:
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 33 - 34 - 35 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 51 - 52 - A - 61 - 62 - 63 - B - C - 89 - D - 91 - 300 - 401 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 999
ESTAS CLÁUSULAS Y ANEXOS FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO SIENDO NULOS LOS NO CITADOS

"El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación."

PRIMA:	U$S	8,025.37
RECARGO FINANCIERO:	U$S	481.52
TASA EFECTIVA ANUAL:	%	4.62
IVA + Imp. + Sellados:	U$S	2,013.28
PREMIO:	U$S	10,520.17

Gustavo Javier Alvarez
VICE-PRESIDENTE
NOBLE COMPAÑIA
DE SEGUROS S.A.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto punto 7.8. del Reglamento Gral. de la Actividad Aseguradora.

Queda entendido y convenido que cuando se mencionan los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" se considerará indistintamente, según corresponda.
Queda entendido y convenido que cuando el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de los un mes de haber recibido la póliza Art. 12 de Ley 17418.

"La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 11-5239-2030.Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.nobleseguros.com. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar."

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

SECCION: RESP.CIVIL PROFESIONAL FECHA EMISION: 11/11/2024
POLIZA NRO.: 8306563 ENDOSO NRO.: 0 RENUEVA DE: 8272639
VIGENCIA: Desde las 12 hs. de 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025

DETALLE DE LAS COBERTURAS (ANEXO 999)

TOTAL UBICACIONES: 1

UBICACIÓN: 1

COBERTURA: R.C. INSTITUCIONALR.C. COMPRENSIVA

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EMERGENTE DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE EMERGENCIAS MEDICAS, Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA BASICA CON EL ADICIONAL DE INCENDIO, RAYO, EXPLOSION, DESCARGAS ELECTRICAS Y ESCAPES DE GAS.

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION:
CANTIDAD DE MOVILES: 12.

SUMA ASEGURADA:
POR ACONTECIMIENTO HASTA:...U$S 250.000.-
LIMITE GLOBAL ANUAL:.....U$S 500.000.-

COBERTURA: SEGUN ANEXO H/400/401/402/403

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE SE CONSIDERAN INDISTINTAMENTE ASEGURADOS UNICAMENTE POR HECHOS OCACIONADOS POR EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L. Y CUBIERTOS POR LA PRESENTE POLIZA A :
-TECPETROL S.A. UTE EL TORDILLO - UTE YPF TECPETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO CUIT 30-64423904-3
-TECPETROL S.A. UTE LA TAPERA PUESTO QUIROGA - TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG. PETROLERA SANTA FE INTER. RIO HOLDINGS YPF UTE CUIT - 30-68253190-4
-TECPETROL S.A. CUIT - 30-59266547-2
-PAN AMERICAN ENERGY, S.L., SUCURSAL ARGENTIN CUIT - 30695542476
-CAPEX S A. CUIT - 30629827060
-PETROMINERA CHUBUT SOCIEDAD DE ESTADO. CUIT - 30999284341
-COPGO GE OIL & GAS ARGENTINA SA CUIT - 30663133310
-LUFKIN ARGENTINA S.R.L. CUIT - 30582911335
-GE OIL & GAS PRODUCTS & SERVICES ARGENTINA SA. CUIT - 30680751257
-HALLIBURTON ARGENTINA S.A. CUIT 30-50361098-8
-WEATHERFORD INTERNATIONAL DE ARGENTINA SA. CUIT 30645705943
-YPF SA CUIT 30-54668997-9
-A-EVANGELISTA S.A. Y/O AESA CUIT 30-68521819-0
RC CRUZADA / SEGURO PRIMARIO EN CASO DE SINIESTRO / SUBROGACION/ NO MODIFICACIÓN Y/O ANULACIÓN
-TECPETROL S.A. UTE EL TORDILLO - UTE YPF TECPETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO CUIT 30-64423904-3
-TECPETROL S.A. UTE LA TAPERA PUESTO QUIROGA - TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG. PETROLERA SANTA FE INTER. RIO HOLDINGS YPF UTE CUIT - 30-68253190-4
-TECPETROL S.A. CUIT - 30-59266547-2

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE ESTA ASEGURADORA NO EJERCERÁ ACCIONES DE REPETICIÓN;POR SINIESTROS INDEMNIZABLES MEDIANTE EL PRESENTE CONTRATO QUE SEAN CAUSADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL; CONTRA:
-EDWIND SA 30-71572339-1
-HYCHICO SA 30-70983613-3
-COMPAÑIAS ASOC. PETROLERAS SA 30-56853139-2
-CAPEX SA 30-62982706-0
-PETROMINERA CHUBUT SOC. DEL ESTADO 30-99928434-1
-TECPETROL SA 30-59266547-2
-UTE YPF TECPETROL SA Y OTRAS EL TORDILLO 30-64423904-3
-TECPETROL ENERGY 30-68253190-4
-PAN AMERICAN ENERGY SL SUC. ARG. 30-69554247-6
-WEATHERFORD INTERN. DE ARGENTINA SA 30-64570594-3
-ASTRA EVANGELISTA SA 30-68521819-0
-YPF SA 30-54668997-9

SE DEJA CONSTANCIA QUE A LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA, LA EMPRESA ENAP SIPETROL ARGENTINA SA SE CONSIDERARÁ CO-ASEGURADO EN LA MEDIDA QUE RECIBA UN RECLAMO DERIVADO DE UN ACTO PRODUCIDO POR EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L. Y/O SUS DEPENDIENTES Y AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SÓLO SI ÉSTA ÚLTIMA EMPRESA ES TAMBIÉN RECLAMADA O DEMANDADA. LA SUMA ASEGURADA QUE POSEE ESTA PÓLIZA POR EVENTO ES ÚNICA Y SE APLICARÁ A TODOS LOS RECLAMADOS, ESTO ES, LA INCORPOPRACIÓN DE ENAP SIPETROL ARGENTINA SAE EN CALIDAD DE COASEGURADO, NO IMPLICA AUMENTO ALGUNO EN LA SUMA ASEGURADA POR EVENTO.-

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

SECCION: RESP.CIVIL PROFESIONAL FECHA EMISION: 11/11/2024
POLIZA NRO.: 8306563 ENDOSO NRO.: 0 RENUEVA DE: 8272639
VIGENCIA: Desde las 12 hs. de 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025

DETALLE DE LAS COBERTURAS (ANEXO 999)

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE LA COMPAÑIA ASEGURADORA RENUNCIA A EJERCER SUS DERECHOS DE SUBROGACION; NO MODIFICACION Y/O ANULACION: ENAP SIPETROL ARGENTINA SA Y/O TECPETROL S.A. Y/O UTE EL TORDILLO Y/O UTE YPF TECPETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO CUIT 30-64423904-3 Y/O TECPETROL S.A. Y/O UTE LA TAPERA PUESTO QUIROGA Y/O TECPETROL ENERGY DEV CORP ARGENTINA PETROLERA SANTA FE INTER. RIO HOLDINGS YPF UTE CUIT Y/O 30-68253190-4 Y/O TECPETROL S.A. CUIT 30-59266547-2 Y/O LA TAPERA PUESTO QUIROGA.-
R.C.CRUZADA A FAVOR DE ENAP SIPETROL ARGENTINA SA Y/O TECPETROL S.A. Y/O UTE EL TORDILLO Y/O UTE YPF TECPETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO CUIT 30-64423904-3 Y/O TECPETROL S.A. Y/O UTE LA TAPERA PUESTO QUIROGA Y/O TECPETROL ENERGY DEV CORP ARGENTINA PETROLERA SANTA FE INTER. RIO HOLDINGS YPF UTE CUIT Y/O 30-68253190-4 Y/O TECPETROL S.A. CUIT 30-59266547-2 Y/O LA TAPERA PUESTO QUIROGA.-

FRANQUICIA: CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN EL TERCER PARRAFO DE LA CLAUSULA 3 DEL ANEXO "I", SE CONVIENE QUE EN EL CASO DE SINIESTRO EL ASEGURADO PARTICIPARA CON EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO INDEMNIZATORIO CONVENIDO O RESULTANTE DE SENTENCIA JUDICIAL, DICHA PARTICIPACION NO PODRA SER INFERIOR AL DOS POR CIENTO (2%) NI SUPERIOR AL CUATRO POR CIENTO (4%), AMBOS LIMITES SOBRE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

FRANQUICIA PARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA: CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN EL TERCER PARRAFO DE LA CLAUSULA 3 DEL ANEXO "I", SE CONVIENE QUE EN EL CASO DE SINIESTRO EL ASEGURADO PARTICIPARA CON EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO INDEMNIZATORIO CONVENIDO O RESULTANTE DE SENTENCIA JUDICIAL, DICHA PARTICIPACION NO PODRA SER INFERIOR AL UNO POR CIENTO (1%) NI SUPERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%), AMBOS LIMITES SOBRE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.-

SE DEJA CONSTANCIA QUE,A LOS EFECTOS DE DAR CUMPLIMIENTO A LA AMPLIACION DE COBERTURA A LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCION DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA,EN LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA CLAUSULA 3."RIESGO CUBIERTO" PUNTO 3.1 ULTIMO PÁRRAFO,SERA NECESARIO QUE SE DECLARE EN ESTA POLIZA EL NOMBRE, DOCUMENTO,CARGO Y DIRECCIION E-MAIL DEL PROFESIONAL QUE CUMPLA DICHAS FUNCIONES.

IMPORTANTE: SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE CANCELACION O NO RENOVACION DE LA PRESENTE POLIZA SEGUN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 3.4 APARTADO c) DE LAS CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS, EL ASEGURADO TENDRA LA OPCION DE INVOCAR LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA POR EL PERIODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS DE LOS 12 MESES RESTANTES, LO QUE SOLICITARÁ POR ESCRITO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS DESDE LA FECHA DE LA CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN, CASO EN EL CUAL LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE COBRAR UN PREMIO ADICIONAL QUE PUEDE VARIAR, EN TÉRMINOS PORCENTUALES, HASTA EL 90% DEL PREMIO DE LA POLIZA CUYA CANCELACION O NO RENOVACION SE SOLICITA, EL CUAL DEBERÁ SER PAGADO DENTRO DE LOS 30 DÍAS DE LA SOLICITUD DE DICHA COBERTURA.

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO.

1. Esta póliza otorga una cobertura base reclamo, por lo tanto, el asegurado será mantenido indemne por cuanto deba a un tercero en razón de su responsabilidad civil profesional si se cumplen necesariamente las siguientes dos condiciones: (1) el hecho o acto del que nacería la eventual responsabilidad del asegurado (acto médico cuestionado) que da origen al reclamo debe haber ocurrido durante la vigencia del seguro y con posterioridad a la Fecha Retroactiva convenida con la Aseguradora; y además (2) el reclamo del tercero originado en el hecho o acto contemplado en el apartado 1) arriba debe ser realizado: (2.a.) durante el plazo de vigencia de la póliza; o (2.b.) durante las sucesivas e ininterrumpidas renovaciones de dicha póliza; o (2.c.) dentro de dos (2) años subsiguientes a su vencimiento o rescisión, o (2.d.) durante el Período Prorrogado de Denuncia de Reclamos en el supuesto que sea extendido mediante endoso correspondiente conforme se establece en el artículo 3.4 de las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares. La mera ocurrencia de un hecho o acto del que pudiera nacer una eventual responsabilidad del asegurado (sin que mediara o existiera un reclamo de un tercero) durante la vigencia del seguro no otorga la cobertura prevista en el presente contrato de seguro. Lea detenidamente el texto de la póliza, y en particular, la cláusula 2 apartado l) (FECHA RETROACTIVA), cláusulas 3.1, 3.2. y 3.3 (RIESGO CUBIERTO), 3.4 (PERIODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS); Cláusula 6.1. (EXCLUSIONES) apartado a; Cláusula 17 (ADVERTENCIAS AL ASEGURADO) apartados 1 y 8. SI USTED DESEA TENER MÁS INFORMACIÓN RESPECTO AL MODO EN QUE OPERAN LAS COBERTURAS DE BASE RECLAMO Y/O LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA A CONTRATAR CONTACTESE CON SU PRODUCTOR ASESOR O DIRECTAMENTE CON NOBLE S.A. ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL AL TELEFONO (11) 5239-2030 O LA SIGUIENTE DIRECCION DE EMAIL comercial@noble-arp.com.

Advertencia sobre los alcances de la cobertura: esta Póliza no ampara los reclamos derivados de denuncias efectuadas fuera de los términos y plazos taxativamente expuestos en el Art. 4° de la presente Póliza.

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

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

SECCION: RESP.CIVIL PROFESIONAL FECHA EMISION: 11/11/2024
POLIZA NRO.: 8306563 ENDOSO NRO.: 0 RENUEVA DE: 8272639
VIGENCIA: Desde las 12 hs. de 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025

DETALLE DE LAS COBERTURAS (ANEXO 999)

emergentes de las condiciones generales específicas.

3. RETICENCIA: reticencia o falsedad de circunstancias conocidas por el Asegurado en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado las condiciones, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato conforme el art. 5° y correlativos de la Ley N° 17.418.

4. MORA AUTOMÁTICA – DOMICILIO: Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Artículos 15 y 16 de la Ley 17.418).

5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del Seguro y cuando se deba a un hecho causado por el Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley 17.418.

6. EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DE SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS: El Asegurado pierde el derecho de ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Artículo 48 de la Ley 17.418.

7. PROVOCACIÓN DE SINIESTRO: la Aseguradora queda liberada si el siniestro es provocado por el Asegurado dolosamente o por culpa grave, conforme a los Artículos 70 y 114 de la Ley 17.418.

8. COBERTURA FINANCIERA: se deja constancia que por el tipo de cobertura que se trata (CLAIMS MADE O BASE RECLAMOS) para que un determinado reclamo tenga cobertura bajo la presente póliza es necesario que tanto al momento del reclamo como en el momento del Acto de Médico Cuestionado, el Asegurado no se encuentre en mora en el pago de los premios.

9. CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIO

Artículo 1° – El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las condiciones particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurado aceptase, cuotas mensuales, iguales y consecutivas (expresadas en pesos o en moneda extranjera según lo establecido en las condiciones particulares, en las que contará asimismo el plazo de pago de las cuotas).

En las Pólizas, endosos y certificados de cobertura deberán consignarse la duración de la vigencia pero no el comienzo de la mismo, que solo tendrá lugar a la cero (0) hora del día siguiente a la fecha de pago. Ello sólo quedará acreditado con el recibo oficial correspondiente. En caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del artículo 5° de la ley de Impuesto al Valor Agregado. Quedan excluidos del presente régimen los seguros de caución y de granizo.

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

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

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) 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 período transcurrido desde el inicio hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre la rescisión por causa imputable al Asegurado.
La gestión del cobro extrajudicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.

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

Artículo 3° – El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

SECCION: RESP.CIVIL PROFESIONAL FECHA EMISION: 11/11/2024
POLIZA NRO.: 8306563 ENDOSO NRO.: 0 RENUEVA DE: 8272639
VIGENCIA: Desde las 12 hs. de 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025

DETALLE DE LAS COBERTURAS (ANEXO 999)

Artículo 4° – Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premio de seguros de período menor de (1) un año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5° – Cuando la primera 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 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6° – Resoluciones N° 429/2000, 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía

Los sistemas habilitados para la cancelación de premios son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de Crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de la siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Artículo 7° – Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

CONDICIONES PARTICULARES. Seguros en moneda extranjera. Límite de Cobertura. Conversión a pesos de curso legal. Ampliando lo establecido en el Anexo 51 – SEGUROS EN MONEDA EXTRANJERA – CONDICION PARTICULAR; CLAUSULA 19 –MONEDA EXTRANJERA– DE LAS CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS y lo dispuesto en la cláusula 5 – LIMITES DE COBERTURA – de las Condiciones Generales del contrato, queda establecido que los pagos a realizarse conforme la presente póliza se liquidarán de la siguiente manera: se convertirá la suma asegurada a moneda Argentina de curso legal al tipo de cambio vendedor establecido por el Banco de la Nación Argentina para el billete dólar estadounidense al cierre del día hábil anterior al de la efectiva liquidación del siniestro, dentro de los límites y en la medida de la cobertura otorgada. La suma que arrojare la conversión antes mencionada expresada en pesos de curso legal en la República Argentina, constituirá el medio de pago y de cumplimiento de la respectiva obligación asegurativa al momento en que esta resulte exigible legal, judicial o extrajudicialmente. En tal sentido, se deja expresamente establecido que el límite máximo, único y definitivo de la suma asegurada, sin ningún otro ajuste o actualización, será el que resulte de la conversión según el procedimiento previsto en la presente cláusula.
Se entiende por liquidación del siniestro, a aquel momento en que la obligación a cargo del asegurado se torne exigible por sentencia judicial o acuerdo conciliatorios.

ANEXO I – CONDICIONES GENERALES
CLÁUSULA 1 – PREEMINENCIA NORMATIVA – CONDICION GENERAL.
La presente póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones de Cobertura Específicas y Cláusulas Adicionales. En caso de discordancia entre las mismas, tendrán preeminencia de acuerdo al siguiente orden de prelación:
- Cláusulas Adicionales
- Condiciones de Cobertura Específicas
- Condiciones Generales

.
CLÁUSULA 2 – RIESGO CUBIERTO – CONDICION GENERAL.
El Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado en razón de la Responsabilidad Civil Extracontractual que surja de la violación del deber de no dañar a otro (Artículo 1716 del Código Civil y Comercial de la Nación) en que incurra exclusivamente como consecuencia de los hechos o
circunstancias previstos en las Condiciones de Cobertura Específicas adjuntas, acaecidos en el plazo
convenido.
El Asegurador asume esta obligación únicamente en favor del Asegurado y hasta las sumas máximas
establecidas en el Frente de Póliza. El seguro de responsabilidad por el ejercicio de una industria o comercio, comprende la responsabilidad de las personas con funciones de dirección.
A los efectos de este seguro no se consideran terceros:
a) El cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.
b) Las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo.
c) Las personas que posean "trato familiar ostensible" con el asegurado (en los términos del Artículo 1741 del Código Civil y Comercial de la Nación).".

.
CLÁUSULA 3 – SUMA ASEGURADA – DESCUBIERTO OBLIGATORIO – CONDICION GENERAL
La suma asegurada estipulada en el Frente de Póliza representa el límite de responsabilidad por acontecimiento que asume el Asegurador. Se entiende por acontecimiento todo evento que pueda ocasionar uno o más reclamos producto de un mismo hecho generador.
El máximo de indemnizaciones admisibles por todos los acontecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza será salvo pacto en contrario, de hasta tres veces el importe asegurado por acontecimiento que figura en el Frente de Póliza.
El Asegurado participará en cada siniestro con un 10% del capital de la o las indemnizaciones que se acuerden con el o los terceros o que resulte de sentencia judicial, con un mínimo del uno por ciento (1%) y un máximo del cinco por ciento (5%), ambos de la suma asegurada al momento del siniestro, por cada acontecimiento.
Este descubierto no podrá ser amparado por otro seguro.

.
CLÁUSULA 4 – RIESGOS NO ASEGURADOS – CONDICION GENERAL.
El Asegurador no cubre, salvo pacto en contrario, la responsabilidad del Asegurado
en cuanto sea causada por o provenga de:
a) Obligaciones Contractuales.
b) La tenencia, uso o manejo de vehículos aéreos y terrestres o acuáticos auto propulsados o remolcados.
c) Transmisión de enfermedades.
d) Daños a cosas ajenas que se encuentren en poder del Asegurado o
miembros de su familia, por cualquier título salvo lo previsto en el inciso h.
e) Efectos de temperatura, vapores, humedad, filtraciones, desagües, roturas
de cañerías, humo, hollín, polvo, hongos, trepidaciones de máquinas, ruidos, olores y luminosidad.
f) Suministro de productos o alimentos.
g) Daños causados a inmuebles vecinos por excavaciones o por un inmueble del Asegurado.
h) Escape de gas, incendio o explosión o descargas eléctricas, a no ser que ocurra en la vivienda
permanente o temporaria del Asegurado.
i) Animales o por la transmisión de sus enfermedades.
j) Ascensores o montacargas.
k) Hechos de tumulto popular o lock-out.
l) La responsabilidad que surja del Artículo 1710 del Código Civil y Comercial de la Nacion".

.
CLÁUSULA 5 – DEFENSA EN JUICIO CIVIL – CONDICION GENERAL.
En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado y/o demás personas amparadas por la cobertura, este/os debe/n dar aviso fehacientemente al Asegurador de la demanda promovida a más tardar el día siguiente hábil de notificado/s y remitir simultáneamente al Asegurador la cédula, copias y demás documentos 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 a la demanda. En caso que la asuma el Asegurador deberá designar el o los profesionales que representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio

de la representación judicial, 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.
Si el Asegurador no asumiera la defensa en el juicio, o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquél, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.
La asunción por el Asegurador de la defensa en el juicio civil o criminal, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente el Asegurador tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarlas, dentro de los cinco días hábiles de dicho conocimiento.
Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, éste no podrá exigir que el Asegurador las sustituya.

.

CLÁUSULA 6 – PROCESO PENAL – CONDICION GENERAL.
Si se promoviera proceso penal y correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso al Asegurador en oportunidad de tomar conocimiento de dicha circunstancia. En caso de que solicitara la asistencia penal al Asegurador éste deberá expedirse sobre si asumirá la defensa o no dentro del plazo de 5 días hábiles. En caso de aceptar la defensa, el Asegurado deberá suscribir los documentos necesarios que permitan ejercerla a favor de los profesionales que el Asegurador designe.
En cualquier caso el Asegurado podrá designar a su costa al profesional que lo defienda y deberá informarle de las actuaciones producidas en el juicio y las sentencias que se dictaren. Si el Asegurador participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiera designado al efecto.
Si en el proceso se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el artículo 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en la Cláusula 5 –Defensa en Juicio Civil.

.

CLÁUSULA 7 – RESCISIÓN UNILATERAL – CONDICION GENERAL.
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 esa 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 rescisión, 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.

.

CLÁUSULA 8 – CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS – CONDICION GENERAL.
El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

.

CLÁUSULA 9 – VERIFICACIONES DEL SINIESTRO – CONDICION GENERAL.
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 este pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.
El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

.

CLÁUSULA 10 – COMPUTO DE LOS PLAZOS – CONDICION GENERAL.
Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

.

CLÁUSULA 11 – PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN – CONDICION GENERAL.
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio del asegurado en los casos en que la póliza y/o el certificado individual haya sido emitido en una jurisdicción distinta al de su domicilio.

.

CLÁUSULA 12. – ADVERTENCIAS AL ASEGURADO – CONDICION GENERAL.
De conformidad con la Ley de Seguros N° 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo pertinente de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés.
Uso de los derechos por el Tomador o Asegurado: Cuando el Tomador se encuentre en posesión de la póliza, puede disponer de los derechos que emergen de ésta; para cobrar la indemnización el Asegurador le puede exigir el consentimiento del Asegurado (art.23). El Asegurado solo puede hacer uso de los derechos sin consentimiento del Tomador, si posee la póliza (art. 24).
Reticencia: Las declaraciones falsas o reticencias de circunstancias conocidas por el

Asegurado aún incurridas de buena fe, producen la nulidad del contrato en las condiciones establecidas por el art. 5 y correlativos.
Mora Automática – Domicilio: Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (arts. 15 y 16).
Agravación del Riesgo: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del seguro y cuando se deba a un hecho del Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los arts. 37 y correlativos.
Exageración fraudulenta o prueba falsa del siniestro o de la magnitud de los daños: El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el art. 48.
Provocación del Siniestro: El Asegurador queda liberado si el siniestro es provocado por el Asegurado o beneficiario, dolosamente o por culpa grave, conforme al art. 70 y 114.
Pluralidad de Seguros: Si el Asegurado cubre el mismo interés y riesgo con más de un Asegurador, debe notificarlo a cada uno de ellos, bajo pena de caducidad (salvo pacto en contrario), con indicación del Asegurador y de la suma asegurada (Artículo 67 Ley de Seguros). La notificación se hará al efectuar la denuncia del siniestro y en las otras oportunidades en que el Asegurador se lo requiera. Los seguros plurales celebrados con intención de enriquecimiento por el Asegurado son nulos (Artículo 68 de la Ley de Seguros).
Obligación de Salvamento: El Asegurado está obligado a proveer lo necesario para evitar o disminuir el daño y observar las instrucciones del Asegurador, y si las viola dolosamente o por culpa grave, el Asegurador queda liberado (art. 72).
Cambio de las cosas dañadas: El Asegurado no puede introducir cambio en las cosas dañadas y su violación maliciosa libera al Asegurador, de conformidad con el art. 77.
Cambio de titular del interés: Todo cambio de titular del interés asegurado debe ser notificado al Asegurador dentro de los siete (7) días de acuerdo con los arts. 82 y 83.
Denuncia del Siniestro – Cargas del Asegurado: El Asegurado debe denunciar el hecho del que nace su eventual responsabilidad o el reclamo del tercero, dentro de tres días de producidos (art. 115). No puede reconocer su responsabilidad ni celebrar transacción alguna sin anuencias del Asegurador salvo, en interrogación judicial, el reconocimiento de hechos (art. 116).
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).
Facultades del Productor o Agente: Sólo está facultado para recibir propuestas y entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador.
Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (arts. 53 y 54).
.
CLÁUSULA 13. – PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO – CONDICION GENERAL.
El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.
.
CLAUSULA ADICIONAL 33 – RC COMPRENSIVA – INCENDIO, RAYO, EXPLOSIÓN, DESCARGAS ELÉCTRICAS Y ESCAPES DE GAS-CONDICION PARTICULAR.
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 4, inciso h) de las Condiciones Generales, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero como consecuencia de la Responsabilidad Civil que surge de la acción directa o indirecta del fuego, rayo, explosión, descargas eléctricas y escapes de gas.
Queda excluida de la presente cobertura la Responsabilidad emergente de los daños que podría producir el uso de la o las instalaciones fijas destinadas a producir, transportar o utilizar vapor y/o agua caliente ya sea con un fin industrial, de servicios o confort o de aceite caliente para calefacción de procesos, incluidas las fuentes generadoras de calor y sistemas de válvulas y colectores hasta la conexión de los mismos con el sistema de distribución y circulación de líquidos y fluidos.
No obstante lo precedentemente enunciado el Asegurador amplía su Responsabilidad a cubrir los daños producidos por:
a) Los generadores de vapor con un volumen total no superior a veinticinco (25) litros;
b) Las calderas tipo domésticas para agua caliente y calefacción de no más de 50.000 Kcal/hora;
c) Los calentadores de agua por acumulación (termo tanques), de una capacidad no mayor de trescientos (300) litros.
Asimismo se cubren los circuitos de las instalaciones térmicas de cualquier tipo de transporte del fluido a partir de la primera válvula de cierre ubicada con posterioridad al generador o del colector en el caso de contarse con dicho elemento y las máquinas y artefactos que reciben y utilizan el mismo.
.
CLAUSULA ADICIONAL 34 – RC COMPRENSIVA – CARTELES Y/O LETREROS Y/U OBJETOS AFINES – CONDICION PARTICULAR.
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 403, inciso c) de las Condiciones Generales Específicas, el Asegurador cubre la Responsabilidad Civil del Asegurado por los daños ocasionados a terceros por la instalación, uso, mantenimiento, reparación y desmantelamiento del o de los carteles y/o letreros y/u objetos afines y sus partes complementarias, que se encuentran en el o los locales donde el Asegurado habitualmente realiza sus actividades

detalladas en las Condiciones Particulares.
Asimismo, quedan igualmente cubiertas, contrariamente a lo establecido en la Cláusula 4, inciso h) de las Condiciones Generales, la Responsabilidad Civil generada por incendio y/o descargas eléctricas de o en las citadas instalaciones.
CLAUSULA ADICIONAL 35 - RC COMPRENSIVA - ASCENSORES Y MONTACARGAS - CONDICION PARTICULAR.
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 4, inciso j) de las Condiciones Generales, el Asegurador cubre los daños producidos por el uso de los ascensores y/o montacargas mencionados en las Condiciones Particulares.
.
CLAUSULA ADICIONAL 37 - RC COMPRENSIVA - INSTALACIONES A VAPOR, AGUA CALIENTE O ACEITE CALIENTE - CONDICION PARTICULAR.
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 403, inciso d) de las Condiciones Especiales el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la Responsabilidad Civil extracontractual en que incurra como propietario de la o las instalaciones fijas cuya naturaleza y ubicación se detallan en las Condiciones Particulares, instalaciones destinadas a producir, transportar o utilizar vapor y/o agua caliente ya sea con un fin industrial, de servicios o confort o de aceite caliente para calefacción de procesos, incluidas las fuentes generadoras de calor y sistemas de válvulas y colectores hasta la conexión de los mismos con el sistema de distribución y circulación de líquidos y fluidos.
Es condición de esta cobertura que tal Responsabilidad sea la consecuencia de daños que podría producir el uso de las instalaciones a las personas o bienes de terceros, a causa de explosión, incendio o escape de agua caliente, vapor o aceite caliente o bien del combustible que fuese utilizado para calentar el agua o aceite y que las características del inmueble y las actividades que se desarrollen en el mismo coincidan con la descripción enunciada en las Condiciones Particulares. Ampliando lo dispuesto en la Cláusula 2, párrafo 3º de las Condiciones Generales se aclara que si bien el portero o encargado u otras personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado, en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo, no se considerarán terceros, quedan comprendidos en la cobertura los daños producidos a los bienes de los mismos como así también los producidos a las personas de sus familiares.
Se aclara a la vez que en caso de un seguro que cubra el consorcio de un edificio dividido en propiedad horizontal, los consorcistas, sus parientes y su personal de servicio doméstico o sus empleados se considerarán terceros a los efectos de esta póliza y los bienes muebles de su propiedad, como así también las "partes exclusivas" del edificio perteneciente a los distintos consorcistas se considerarán bienes de terceros. Quedan, por otra parte, excluidos de la cobertura los daños causados a las "partes comunes" del edificio.
El Asegurador no cubre la Responsabilidad del Asegurado por daños causados por infiltraciones provenientes de las cañerías de líquidos o vapor al edificio donde se encuentre la instalación objeto del seguro, ni por daños a los bienes que se hallen en dicho edificio.
Por otra parte en la medida en que los daños sean comprendidos en la cobertura que establecen los dos primeros párrafos de esta Cláusula, quedan sin efecto las disposiciones de la Cláusula 4, incisos d), e) y h) de las Condiciones Generales.
.
.
CLAUSULA ADICIONAL 38 - RC COMPRENSIVA - SUMINISTRO DE ALIMENTOS - CONDICION PARTICULAR.
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 4, Inciso f) de las Condiciones Generales se amplía a cubrir la Responsabilidad Civil como consecuencia del suministro de alimentos a invitados.
CLAUSULA ADICIONAL 39 - RC COMPRENSIVA - DAÑOS A INMUEBLES VECINOS (EXCLUIDOS EXCAVACIONES, CONSTRUCCION DE EDIFICIOS, INSTALACION Y MONTAJE, CON MOTIVO DE LA CONSTRUCCION Y REFECCION DE EDIFICIOS) - CONDICION PARTICULAR.
Queda sin efecto el Inciso g) de la Cláusula 4 de las Condiciones Generales.
.
RESPONSABILIDAD CIVIL - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
CLAUSULA 40 - ANEXO A1 - COMUN A TODAS LAS COBERTURAS - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
"Queda excluida la Responsabilidad Civil que pudiera corresponder por vehículo automotor y/o remolcado, además, los equipos y maquinarias se cubren en exceso de cualquier seguro mas especifico si lo hubiere".
"Además de lo previsto en le último párrafo de la Cláusula 2, de las Condiciones Generales, no se consideran terceros":
a) El propietario de la obra y los contratistas y subcontratistas de la misma.
b) Los representantes y las personas en relación de dependencia laboran con los mencionados en el inciso anterior, cuando concurran a la obra en oportunidad y con motivo de su cometido o trabajo.
"Es carga especial del Asegurado, además de las indicadas en las Condiciones Generales, cumplir con las normas y disposiciones de las leyes y reglamentos vigentes. A falta de normas especificas, deberá realizar los trabajos de acuerdo a las reglas del arte generalmente aceptadas, y dotarlas de los medios de seguridad y protección adecuados".
.
RC COMPRENSIVA-CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS.
CLAUSULA 41 - RC COMRENSIVA - RIESGO CUBIERTO - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
De acuerdo con las Condiciones Generales y las presentes Condiciones Especiales, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero como consecuencia de la Responsabilidad Civil extracontractual en que incurra por el ejercicio de su actividad detallada en las Condiciones Particulares, en el territorio de la República Argentina, desarrolladas dentro y/o fuera del/los local/es especificado/s, para lo cual

cuenta con la cantidad de dependientes que se enumeran en las mencionadas Condiciones.
.
CLAUSULA 42 - RC COMRENSIVA - AMPLIACIÓN RIESGO CUBIERTO - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
Contrariamente a lo establecido en el Inciso b) de la Cláusula 4 de las Condiciones Generales, queda igualmente cubierta la Responsabilidad del Asegurado, en cuanto sea causada o provenga de:
a) El uso de vehículos automotores que no sean de su propiedad, en la medida en que no se encuentre vigente otro seguro más específico.
b) El transporte de personas en vehículos que no sean de su propiedad, en la medida en que no se encuentre vigente otro seguro más específico.
En la medida que los siniestros sean comprendidos en la cobertura detallada en estas Condiciones Especiales, quedan sin efecto las disposiciones de la Cláusula 4 Inc. k) de las Condiciones Generales.
.
CLAUSULA 43 - RC COMRENSIVA - RIESGOS EXCLUIDOS - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
Además de los riesgos que figuran en la Cláusula 4ta. de las Condiciones Generales, quedan excluidas las responsabilidades como consecuencia de daños producidos por:
a) Los vendedores ambulantes y/o viajantes mientras realicen trabajos fuera del local o locales especificados en las Condiciones Particulares.
b) Hechos privados.
c) Carteles y/o letreros y/u objetos afines.
d) Los daños que podría producir el uso de la o las instalaciones fijas destinadas a producir, transportar o utilizar vapor y/o agua caliente ya sea con un fin industrial, de servicios o confort o de aceite caliente para calefacción de procesos, incluidas las fuentes generadoras de calor y sistemas de válvulas y colectores hasta la conexión de los mismos con el sistema de distribución y circulación de líquidos y fluidos.
e) Daños que se produjesen por el uso de armas de fuego.
f) Transporte de bienes.
g) Carga y descarga de bienes fuera del local del Asegurado.
h) Guarda y/o depósito de vehículos.
i) Demoliciones-Excavaciones, construcción de edificios, instalaciones y montaje con motivo de la construcción; Refacción de edificios.
.
CLAUSULA 44 - RC COMRENSIVA - NO SE CONSIDERAN TERCEROS - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
Además de lo previsto en la Cláusula 2, párrafo 3º de las Condiciones Generales, no se consideran terceros los Contratistas y/o Sub-Contratistas, y sus dependientes.
No obstante se considerarán terceros los Contratistas y/o Subcontratistas y/o sus dependientes cuando los mismos sean afectados por daños producidos por acción u omisión del Asegurado y siempre que los hechos que ocasionan los daños mencionados no sean de responsabilidad directa del Contratista y/o Sub-Contratista y/o que no correspondan específicamente al trabajo para el cual hayan sido contratados.
.
CLAUSULA 45 - RC COMRENSIVA - INSPECCIONES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
El Asegurador se reserva el derecho de hacer inspeccionar el local o los locales en cualquier momento indicando al Asegurado eventuales medidas de seguridad, bajo pena de caducidad de los derechos a la indemnización.
.
CLAUSULA 46 - RC COMRENSIVA - DECLARACIONES REFERENTES A EXPERIENCIA SINIESTRAL ANTERIOR - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
El presente seguro se emite en virtud de la declaración del Asegurado (siempre que no se trate de una renovación de otra póliza anterior emitida por el mismo Asegurador), que durante el período anual precedente al principio de vigencia de esta póliza no recibió reclamación o demanda alguna.
.
CLAUSULA 47 - RC COMRENSIVA - CARGAS ESPECIALES - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
Es carga especial del Asegurado cumplir con las disposiciones y reglamentos vigentes.
.
ANEXO 51 SEGURO EN MONEDA EXTRANJERA - CONDICION PARTICULAR.
LOS PAGOS EMERGENTES DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUARÁN EN LA MONEDA ESTIPULADA EN EL FRENTE DE PÓLIZA. SIN PERJUICIO DE ELLO, LAS PARTES PODRÁN ACORDAR LA CANCELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES EN EL MONTO EQUIVALENTE EN MONEDA DE CURSO LEGAL DE ACUERDO A LA COTIZACIÓN DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA BILLETE AL TIPO DE CAMBIO VENDEDOR DE CIERRE DEL DÍA HÁBIL ANTERIOR A LA FECHA DE PAGO. SI COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN MATERIA DE CAMBIOS EMANADA DEL BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA U OTRO ORGANISMO GUBERNAMENTAL, FUERA IMPOSIBLE LA OBTENCIÓN DE LAS DIVISAS EN EL MERCADO PARA AFRONTAR LAS OBLIGACIONES, LAS MISMAS SE CONVERTIRÁN A MONEDA DE CURSO LEGAL DE ACUERDO A LA COTIZACIÓN DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, AL TIPO DE CAMBIO VENDEDOR DE CIERRE DEL DÍA HÁBIL INMEDIATO ANTERIOR AL DE LA FECHA DE EFECTIVO PAGO DE CADA OBLIGACIÓN. RESPECTO DE LAS OBLIGACIONES DE PAGO DEL TOMADOR Y-O ASEGURADO, SI ENTRE LA FECHA DE PAGO Y LA FECHA DE EFECTIVA RECEPCIÓN DE LOS FONDOS POR PARTE DEL ASEGURADOR SE HUBIERE PRODUCIDO VARIACIÓN EN LA COTIZACIÓN DE LA MONEDA EXTRANJERA QUE SE ESTIPULA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LAS DIFERENCIAS QUE PUDIERAN GENERARSE ENTRE LA PRIMA CONVENIDA POR LA/S COBERTURA/S CONTRATADA/S Y EL PAGO EFECTIVAMENTE RECIBIDO, SERÁN ACREDITADAS O DEBITADAS -SEGÚN CORRESPONDA-, EN EL PRÓXIMO PAGO.
SI POR UNA DISPOSICIÓN CAMBIARIA, NO HUBIERE COTIZACIÓN DEL BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, SE UTILIZARÁ EN IGUAL FORMA Y EN ESTE ORDEN, LA CORRESPONDIENTE A LOS MERCADOS DE NUEVA YORK, MONTEVIDEO, LONDRES, ZURICH, FRANKFURT O TOKIO.

.
ANEXO 52 SEGURO EN MONEDA ARGENTINA – CONDICION PARTICULAR.
Las sumas de este contrato, suma asegurada, límites máximos de responsabilidad, franquicias, deducibles, etc. están expresados en pesos convertibles. El asegurado tomará los recaudos pertinentes para evitar situaciones de infra o sobre seguro, (art. 65 de la Ley de Seguros) y a requerir, en su caso, la rectificación correspondiente por endoso del Asegurador.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ANEXO A – RC MALA PRAXIS MEDICA (1-1A) MEDICOS INDIVIDUALES BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE (DESCUBIERTO 10 AÑOS)– CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la Póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura.
Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.
Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la Póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418).
La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen las bases de la presente Póliza y quedan incorporadas a la presente.
Al aceptar la presente Póliza se consiente que:
1. todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente Póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y,
2. en caso de reticencia o falsedad en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, que puedan afectar en forma sustancial la aceptación del riesgo cubierto conforme la presente por la Aseguradora, la Póliza será nula y carecerá de efectos.

CLÁUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS.
Cualquier médico y/u odontólogo y/o paramédico exclusivamente con respecto al ejercicio de la profesión asegurada dentro del marco de las actividades pactadas entre las partes contratantes, y que se encuentre detallado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y/o incluido en la nómina que forma parte de este contrato como Suplemento Adicional 99.

CLÁUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO.
El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura por reclamos de responsabilidad profesional derivados de actos de mala praxis, cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y reclamados durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, manteniendo al Asegurado indemne por cuanto deba a un tercero en virtud de su Responsabilidad Civil, hasta el límite de la cobertura prevista en la presente Póliza y establecido en las Condiciones Particulares.
Asimismo, queda cubierta la Responsabilidad Civil del Asegurado derivada de la tenencia y utilización de aparatos y tratamientos, en tanto estos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean expresamente excluidos de la cobertura de la Póliza.
3.1.1 INDEMNIZACIONES:
La Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado, dentro de los Límites de indemnización consignados en el presente contrato (Suma Asegurada) y bajo sus condiciones, con el alcance y forma estipulados por esta Póliza, por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar, derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de un paciente, causados o que se alegue han sido causados, por cualquier acto de mala praxis que haya sido cometido por el Asegurado en el ejercicio de su actividad médico-asistencial asegurada, previa deducción de la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.2 ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
- proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta Póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará al Letrado indicado en las Condiciones Particulares.
- pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta Póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).
3.1.3 FECHA RETROACTIVA:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente Póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura, a la estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.4 PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS:
En los supuestos de cancelación anticipada contenidos en el Artículo 8 "Cancelación del Contrato" de la presente Póliza, o en caso de no renovarse la misma por decisión del Asegurado, la Aseguradora continuará siendo responsable por los reclamos presentados con posterioridad al período del Seguro y durante un período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, en los siguientes casos:

a. cuando la Aseguradora ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del artículo 8 "Cancelación del Contrato", y siempre que su decisión no se base en ninguno de los supuestos contenidos en el Artículo 8 inciso 1 "Supuestos de Cancelación de la Póliza/ Cobertura en Virtud de la Póliza";o
b. cuando el Asegurado ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del Artículo 8 "Cancelación del Contrato" , invocando la continuidad de la cobertura por el periodo prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, por escrito y en forma fehaciente al momento de la cancelación o no renovación; caso en el cual la Aseguradora se reserva el derecho de cobrar un premio adicional que puede variar, en términos porcentuales, desde el 0% al 18% del premio pagado, siendo este último el limite máximo a ser aplicado en caso de hacer uso de tal facultad pagadero dentro de los 30 días de invocada la cobertura del período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses; o
c. cuando el Asegurado cese sus actividades profesionales en forma definitiva por cualquier razón, excepto la insolvencia. Y siempre que:
1. el reclamos hubiere sido cubierto bajo la Póliza, en caso de haber sido efectuado durante el período del Seguro; y
2. la recepción del reclamo o reclamos se notifique por escrito y en forma fehaciente a la Aseguradora durante tal período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses o según plazo de prescripción establecido por el Código Civil; y
3. los reclamos notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, serán considerados como si hubieren sido efectuados durante el último año de Póliza.

CLÁUSULA 4 – DENUNCIA DE RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata, al la(s) persona(s) designadas por la Aseguradora según se indica en Condiciones Particulares, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. En especial, se acompaña a la presente el Anexo 1, que contiene una descripción taxativa de hechos y/o circunstancias que mínimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Incidencias". Tal notificación deberá cursarse en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (Incidencias) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento, hecho y/o circunstancia en cuestión, por ejemplo:
- lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
- nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
- la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Siniestro, como Anexo 2 de la presente Póliza.
4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO DE MALA PRAXIS:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el acto de mala praxis, se considerará que tal acto de mala praxis se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho (negligencia, error, omisión, incidente) que, junto con otros hechos conforman el acto de mala praxis presunto o cierto.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de comisión del acto de mala praxis, la fecha de comienzo del tratamiento o de la prestación de servicios durante los cuales es razonable presumir que se cometió el acto de mala praxis.
Cuando varios o una serie de actos de mala praxis deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer acto de mala praxis, independientemente del momento en que se cometa cada acto de mala praxis y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.
4.3 DENUNCIA DE RECLAMOS:
El Asegurado deberá notificar en forma inmediata y por vía fehaciente, a la(s) persona(s) indicadas en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO).el recibo de un reclamo, y asimismo, deberá enviar por el mismo medio a la Aseguradora dentro de las 48 Hs. de recibido, copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda;
4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
4.4.1 El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en el artículo 4 inciso 3. Caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) por la Aseguradora.
4.4.2 No obstante, se considerará que el reclamo ha sido presentado durante el período del Seguro en los siguientes supuestos:
4.4.2.1 cuando el primer reclamo de varios reclamos que deriven del mismo acto de mala praxis o de varios o una serie de actos de mala praxis que deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, es efectuado durante el período del Seguro.
4.4.2.2 cuando durante el período del Seguro la Aseguradora recibe una notificación por escrito de parte del Asegurado comunicándole circunstancias de las cuales razonablemente pueda esperarse que se originará un reclamo por actos de mala praxis contra el Asegurado y tal reclamo realmente se efectúa con posterioridad durante la vigencia de este Seguro.
4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del contrato de Seguros, el evento adverso según ya fuera definido, será atribuido al año/ Póliza en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato y existiendo reclamos posteriores

a la finalización de la última vigencia y siempre dentro del límite del período prorrogado, el evento adverso, a todos sus efectos, se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLÁUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente Póliza se limita a reclamos que deriven de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en el ítem 3 de las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, según se define en el punto 3.1.4. de la presente Póliza.
5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de Cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; actos de mala praxis; reclamos efectuados o reclamantes;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto de mala praxis o de varios actos de mala praxis que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
– como uno solo;
– como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Cuando un reclamo o reclamos sean efectuados y denunciados por primera vez luego del período del Seguro, pero dentro del período prorrogado de denuncia de reclamos, se considerará que tal reclamo o reclamos fueron efectuados durante el último año de Póliza.
d. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3. incisos 1.1 y 1.2., la Aseguradora pagará por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más actos de mala praxis. Los gastos por reclamos quedan incluidos dentro de tal límite.
e. El remanente del Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de Póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLÁUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1. LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos con anterioridad a la fecha retroactiva indicada en el ítem 3 de las condiciones particulares.
b. Reclamos efectuados fuera del período del Seguro; excepto lo dispuesto en el artículo 3.1.4. del presente contrato, referente a período prorrogado de denuncia de reclamos.
c. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos fuera de la República Argentina.
d. Reclamos efectuados como consecuencia de actos de mala praxis cometidos fuera del marco de la prestación de servicios y/o tratamientos cubiertos por esta Póliza. La exclusión descripta en este apartado no se aplicará a la prestación de actos del buen samaritano.
e. Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran verdaderamente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
f. Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado de su empleo o contratación por el Asegurado. De cualquier modo esta exclusión no se aplicará a los reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos dentro del marco de la prestación de servicios o tratamientos médicos, odontológicos o paramédicos a un empleado cuando revista el carácter de paciente del Asegurado.
g. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con dolo.
h. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con culpa grave. El concepto de culpa grave en la presente exclusión incluye, pero no se limita a :
– la prestación de servicios y/o tratamientos bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticos;
– la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión asegurada, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
i. Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descrito en el Código Penal.
j. Reclamos derivados de la provisión de servicios y/o tratamientos ya sea:
– prohibidos por la ley, o por las regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o.
– no autorizados por las autoridades judiciales competentes, cuando tal autorización fuese necesaria, o.
– no reconocidos por la ciencia médica, y/o.
– no permitidos de acuerdo con los Standard profesionales aceptados para la práctica de la profesión asegurada del Asegurado.
k. Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
l. Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito. No obstante esta exclusión no se aplicará a los casos en que la responsabilidad habría existido si el Asegurado no hubiere asumido tal obligación, y hasta el límite de tal responsabilidad.
m. Reclamos debidos a lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de

guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a) radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
2.b) las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.

n. Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
o. Reclamos debidos a daños genéticos.
p. Los daños provocados por toda clínica, Sanatorio, Hospital o de cualquier otro centro de asistencia donde el profesional médico desempeñe tareas, ya sea en forma esporádica, habitual o excepcional.
q. Reclamos derivados de la tenencia y/o utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
r. Los daños provocados por otras personas, ya sean médicos o no, que no estén específicamente cubiertos por esta Póliza, aunque hubieran colaborado con el Asegurado y/o hubieran participado en los hechos que den lugar al reclamo por mala práctica de manera indirecta y/o directa.
s. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o transplante de órganos sexuales y/o esterilizaciones.
t. Hechos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
u. Responsabilidad Civil de Laboratorios de Productos Medicinales.
v. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
6.2 A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1 El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y la concubina;
6.2.2 Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo;

CLÁUSULA 7 – CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa – y no taxativa – y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes ;
a. Guardar historias clínicas y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La(s) persona(s) mencionada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) podrá(n), en todo momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 10 años desde la fecha de la provisión de los servicios o tratamientos.
c. Además:
– entregar a la(s) persona(s) designada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la Póliza;
– colaborar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
– cooperar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
– colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
d. El Asegurado deberá:.
– permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
– transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
e. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos – con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial – oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La Aseguradora a su solo arbitrio determinara la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o Terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en el poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las

autorizaciones que ésta podrá requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (franquicia), en caso de corresponder.

CLÁUSULA 8 – CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora.
La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación.
Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella al Asegurado, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora;
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación o regulación que agrave el riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora o de la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el ejercicio de la actividad asegurada.
8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente Póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.
8.3 APLICABILIDAD- FECHAS DE VIGENCIA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de la presente Póliza a un Asegurado individual quedará cancelada en forma automática en caso de fallecimiento del Asegurado, a partir de la fecha de su fallecimiento.

CLÁUSULA 9 – PAGO DEL PREMIO.
En todo lo que no esté modificado por la presente, se aplicará la cláusula de pago del premio, que forma parte integrante de este contrato.
PAGO FUERA DE TÉRMINO; SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:
a. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total del premio, en las fechas de vencimiento acordadas para tales pagos, no se proporcionará cobertura bajo esta Póliza con respecto a reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha desde que dicha deuda sea exigible.
b. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total de la segunda o siguientes cuotas del premio, o con el pago del monto total del premio exigible en virtud de la revisión a la que se hace referencia en la cláusula de cobranza, no se proporcionará cobertura con respecto a los reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos después de la fecha de vencimiento referida.
c. La suspensión de la cobertura a la que se hace referencia precedentemente se hará efectiva sin necesidad de efectuar la notificación del incumplimiento. El Asegurado seguirá siendo responsable del pago del premio. La Aseguradora tendrá derecho a retener el premio exigible correspondiente al período en que se suspendió la cobertura.
d. La cobertura provista por esta Póliza comenzará, o se rehabilitará –según corresponda– conforme a la cláusula de cobranza.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ANEXO A – RC MALA PRAXIS MEDICA (2-3-4) MEDICOS INDIVIDUALES BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE (DESCUBIERTO 10 AÑOS)– CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la Póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura.
Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.
Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la Póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418).
La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen

las bases de la presente Póliza y quedan incorporadas a la presente.
Al aceptar la presente Póliza se consiente que:
1. todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente Póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y,
2. en caso de reticencia o falsedad en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, que puedan afectar en forma sustancial la aceptación del riesgo cubierto conforme la presente por la Aseguradora, la Póliza será nula y carecerá de efectos.

CLÁUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS.
Cualquier médico y/u odontólogo y/o paramédico exclusivamente con respecto al ejercicio de la profesión asegurada dentro del marco de las actividades pactadas entre las partes contratantes, y que se encuentre detallado las Condiciones Particulares de la presente Póliza y/o incluido en la nómina que forma parte de este contrato como Suplemento Adicional 99.

CLÁUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO.
El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura por reclamos de responsabilidad profesional derivados de actos de mala praxis, cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y reclamados durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, manteniendo al Asegurado indemne por cuanto deba a un tercero en virtud de su Responsabilidad Civil, hasta el límite de la cobertura prevista en la presente Póliza y establecido en las Condiciones Particulares.
Asimismo, queda cubierta la Responsabilidad Civil del Asegurado derivada de la tenencia y utilización de aparatos y tratamientos, en tanto estos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean expresamente excluidos de la cobertura de la Póliza.
3.1.1 INDEMNIZACIONES:
La Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado, dentro de los Límites de indemnización consignados en el presente contrato (Suma Asegurada) y bajo sus condiciones, con el alcance y forma estipulados por esta Póliza, por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar, derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de un paciente, causados o que se alegue han sido causados, por cualquier acto de mala praxis que haya sido cometido por el Asegurado en el ejercicio de su actividad médico-asistencial asegurada, previa deducción de la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.2 ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
- proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta Póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará al Letrado indicado en las Condiciones Particulares.
- pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta Póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).
3.1.3 FECHA RETROACTIVA:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente Póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura, a la estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.4 PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS:
En los supuestos de cancelación anticipada contenidos en el Artículo 8 "Cancelación del Contrato" de la presente Póliza, o en caso de no renovarse la misma por decisión del Asegurado, la Aseguradora continuará siendo responsable por los reclamos presentados con posterioridad al período del Seguro y durante un período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, en los siguientes casos:
a. cuando la Aseguradora ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del artículo 8 "Cancelación del Contrato", y siempre que su decisión no se base en ninguno de los supuestos contenidos en el Artículo 8 inciso 1 "Supuestos de Cancelación de la Póliza/ Cobertura en Virtud de la Póliza";o
b. cuando el Asegurado ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del Artículo 8 "Cancelación del Contrato" , invocando la continuidad de la cobertura por el periodo prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, por escrito y en forma fehaciente al momento de la cancelación o no renovación; caso en el cual la Aseguradora se reserva el derecho de cobrar un premio adicional que puede variar, en términos porcentuales, desde el 0% al 30% del premio pagado, siendo este último el limite máximo a ser aplicado en caso de hacer uso de tal facultad pagadero dentro de los 30 días de invocada la cobertura del período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses; o
c. cuando el Asegurado cese sus actividades profesionales en forma definitiva por cualquier razón, excepto la insolvencia. Y siempre que:
1. el reclamos hubiere sido cubierto bajo la Póliza, en caso de haber sido efectuado durante el período del Seguro; y
2. la recepción del reclamo o reclamos se notifique por escrito y en forma fehaciente a la Aseguradora durante tal período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses o según plazo de prescripción establecido por el Código Civil; y
3. los reclamos notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, serán considerados como si hubieren sido efectuados durante el último año de Póliza.

CLÁUSULA 4 – DENUNCIA DE RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata, al la(s) persona(s) designadas por la Aseguradora según se indica en Condiciones Particulares, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. En especial, se acompaña a la presente el Anexo 1, que contiene una descripción taxativa de hechos y/o circunstancias que mínimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Incidencias". Tal notificación deberá cursarse en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (Incidencias) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento, hecho y/o circunstancia en cuestión, por ejemplo:
– lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
– nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
– la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Siniestro, como Anexo 2 de la presente Póliza.
4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO DE MALA PRAXIS:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el acto de mala praxis, se considerará que tal acto de mala praxis se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho (negligencia, error, omisión, incidente) que, junto con otros hechos conforman el acto de mala praxis presunto o cierto.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de comisión del acto de mala praxis, la fecha de comienzo del tratamiento o de la prestación de servicios durante los cuales es razonable presumir que se cometió el acto de mala praxis.
Cuando varios o una serie de actos de mala praxis deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer acto de mala praxis, independientemente del momento en que se cometa cada acto de mala praxis y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.
4.3 DENUNCIA DE RECLAMOS:
El Asegurado deberá notificar en forma inmediata y por vía fehaciente, a la(s) persona(s) indicadas en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO).el recibo de un reclamo, y asimismo, deberá enviar por el mismo medio a la Aseguradora dentro de las 48 Hs. de recibido, copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda;
4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
4.4.1 El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en el artículo 4 inciso 3. Caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) por la Aseguradora.
4.4.2 No obstante, se considerará que el reclamo ha sido presentado durante el período del Seguro en los siguientes supuestos:
4.4.2.1 cuando el primer reclamo de varios reclamos que deriven del mismo acto de mala praxis o de varios o una serie de actos de mala praxis que deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, es efectuado durante el período del Seguro.
4.4.2.2 cuando durante el período del Seguro la Aseguradora recibe una notificación por escrito de parte del Asegurado comunicándole circunstancias de las cuales razonablemente pueda esperarse que se originará un reclamo por actos de mala praxis contra el Asegurado y tal reclamo realmente se efectúa con posterioridad durante la vigencia de este Seguro.
4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del contrato de Seguros, el evento adverso según ya fuera definido, será atribuido al año/ Póliza en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato y existiendo reclamos posteriores a la finalización de la última vigencia y siempre dentro del límite del período prorrogado, el evento adverso, a todos sus efectos, se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLÁUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente Póliza se limita a reclamos que deriven de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en el ítem 3 de las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, según se define en el punto 3.1.4. de la presente Póliza.
5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de Cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; actos de mala praxis; reclamos efectuados o reclamantes;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto de mala praxis o de varios actos de mala praxis que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
– como uno solo;
– como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Cuando un reclamo o reclamos sean efectuados y denunciados por primera vez luego del período del Seguro, pero dentro del período prorrogado de denuncia de reclamos, se considerará que tal reclamo o reclamos fueron efectuados durante el último año de Póliza.
d. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3. incisos 1.1 y 1.2., la Aseguradora pagará

por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más actos de mala praxis. Los gastos por reclamos quedan incluidos dentro de tal límite.
e. El remanente del Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de Póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLÁUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1. LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos con anterioridad a la fecha retroactiva indicada en el ítem 3 de las condiciones particulares.
b. Reclamos efectuados fuera del período del Seguro; excepto lo dispuesto en el artículo 3.1.4. del presente contrato, referente a período prorrogado de denuncia de reclamos.
c. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos fuera de la República Argentina.
d. Reclamos efectuados como consecuencia de actos de mala praxis cometidos fuera del marco de la prestación de servicios y/o tratamientos cubiertos por esta Póliza. La exclusión descripta en este apartado no se aplicará a la prestación de actos del buen samaritano.
e. Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran verdaderamente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
f. Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado de su empleo o contratación por el Asegurado. De cualquier modo esta exclusión no se aplicará a los reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos dentro del marco de la prestación de servicios o tratamientos médicos, odontológicos o paramédicos a un empleado cuando revista el carácter de paciente del Asegurado.
g. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con dolo.
h. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con culpa grave. El concepto de culpa grave en la presente exclusión incluye, pero no se limita a :
- la prestación de servicios y/o tratamientos bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticos;
- la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión asegurada, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
i. Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descrito en el Código Penal.
j. Reclamos derivados de la provisión de servicios y/o tratamientos ya sea:
- prohibidos por la ley, o por las regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o.
- no autorizados por las autoridades judiciales competentes, cuando tal autorización fuese necesaria, o.
- no reconocidos por la ciencia médica, y/o.
- no permitidos de acuerdo con los Standard profesionales aceptados para la práctica de la profesión asegurada del Asegurado.
k. Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
l. Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito. No obstante esta exclusión no se aplicará a los casos en que la responsabilidad habría existido si el Asegurado no hubiere asumido tal obligación, y hasta el límite de tal responsabilidad.
m. Reclamos debidos a lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a) radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
2.b) las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.
n. Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
o. Reclamos debidos a daños genéticos.
p. Los daños provocados por toda clínica, Sanatorio, Hospital o de cualquier otro centro de asistencia donde el profesional médico desempeñe tareas, ya sea en forma esporádica, habitual o excepcional.
q. Reclamos derivados de la tenencia y/o utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
r. Los daños provocados por otras personas, ya sean médicos o no, que no estén específicamente cubiertos por esta Póliza, aunque hubieran colaborado con el Asegurado y/o hubieran participado en los hechos que den lugar al reclamo por mala práctica de manera indirecta y/o directa.
s. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o transplante de órganos sexuales y/o esterilizaciones.
t. Hechos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
u. Responsabilidad Civil de Laboratorios de Productos Medicinales.

v. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
6.2 A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1 El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y la concubina;
6.2.2 Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo;

CLÁUSULA 7 – CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa – y no taxativa – y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes ;
a. Guardar historias clínicas y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La(s) persona(s) mencionada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) podrá(n), en todo momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 10 años desde la fecha de la provisión de los servicios o tratamientos.
c. Además:
– entregar a la(s) persona(s) designada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la Póliza;
– colaborar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
– cooperar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
– colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
d. El Asegurado deberá:.
– permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
– transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
e. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos – con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial – oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La Aseguradora a su solo arbitrio determinara la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o Terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en el poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las autorizaciones que ésta podrá requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (franquicia), en caso de corresponder.

CLÁUSULA 8 – CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora.
La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación.
Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella al Asegurado, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora;
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación o regulación que agrave el riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda

afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora o de la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el ejercicio de la actividad asegurada.
8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente Póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.
8.3 APLICABILIDAD- FECHAS DE VIGENCIA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de la presente Póliza a un Asegurado individual quedará cancelada en forma automática en caso de fallecimiento del Asegurado, a partir de la fecha de su fallecimiento.

CLÁUSULA 9 – PAGO DEL PREMIO.
En todo lo que no esté modificado por la presente, se aplicará la cláusula de pago del premio, que forma parte integrante de este contrato.
PAGO FUERA DE TÉRMINO; SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:
a. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total del premio, en las fechas de vencimiento acordadas para tales pagos, no se proporcionará cobertura bajo esta Póliza con respecto a reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha desde que dicha deuda sea exigible.
b. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total de la segunda o siguientes cuotas del premio, o con el pago del monto total del premio exigible en virtud de la revisión a la que se hace referencia en la cláusula de cobranza, no se proporcionará cobertura con respecto a los reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos después de la fecha de vencimiento referida.
c. La suspensión de la cobertura a la que se hace referencia precedentemente se hará efectiva sin necesidad de efectuar la notificación del incumplimiento. El Asegurado seguirá siendo responsable del pago del premio. La Aseguradora tendrá derecho a retener el premio exigible correspondiente al período en que se suspendió la cobertura.
d. La cobertura provista por esta Póliza comenzará, o se rehabilitará –según corresponda– conforme a la cláusula de cobranza.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ANEXO A – RC MALA PRAXIS MEDICA (5-6) MEDICOS INDIVIDUALES BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE (DESCUBIERTO 10 AÑOS)-CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la Póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura.
Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.
Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la Póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418).
La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen las bases de la presente Póliza y quedan incorporadas a la presente.
Al aceptar la presente Póliza se consiente que:
1. todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente Póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y,
2. en caso de reticencia o falsedad en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, que puedan afectar en forma sustancial la aceptación del riesgo cubierto conforme la presente por la Aseguradora, la Póliza será nula y carecerá de efectos.

CLÁUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS.
Cualquier médico y/u odontólogo y/o paramédico exclusivamente con respecto al ejercicio de la profesión asegurada dentro del marco de las actividades pactadas entre las partes contratantes, y que se encuentre detallado las Condiciones Particulares de la presente Póliza y/o incluido en la nómina que forma parte de este contrato como Suplemento Adicional 99.

CLÁUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO.
El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura por reclamos de responsabilidad profesional derivados de actos de mala praxis, cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y reclamados durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, manteniendo al Asegurado indemne por cuanto deba a un tercero en virtud de su Responsabilidad Civil, hasta el límite de la cobertura prevista en la presente Póliza y establecido en las Condiciones

Particulares.
Asimismo, queda cubierta la Responsabilidad Civil del Asegurado derivada de la tenencia y utilización de aparatos y tratamientos, en tanto estos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean expresamente excluidos de la cobertura de la Póliza.
3.1.1 INDEMNIZACIONES:
La Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado, dentro de los Límites de indemnización consignados en el presente contrato (Suma Asegurada) y bajo sus condiciones, con el alcance y forma estipulados por esta Póliza, por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar, derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de un paciente, causados o que se alegue han sido causados, por cualquier acto de mala praxis que haya sido cometido por el Asegurado en el ejercicio de su actividad médico-asistencial asegurada, previa deducción de la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.2 ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
- proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta Póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará al Letrado indicado en las Condiciones Particulares.
- pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta Póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).
3.1.3 FECHA RETROACTIVA:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente Póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura, a la estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.4 PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS:
En los supuestos de cancelación anticipada contenidos en el Artículo 8 "Cancelación del Contrato" de la presente Póliza, o en caso de no renovarse la misma por decisión del Asegurado, la Aseguradora continuará siendo responsable por los reclamos presentados con posterioridad al período del Seguro y durante un período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, en los siguientes casos:
a. cuando la Aseguradora ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del artículo 8 "Cancelación del Contrato", y siempre que su decisión no se base en ninguno de los supuestos contenidos en el Artículo 8 inciso 1 "Supuestos de Cancelación de la Póliza/ Cobertura en Virtud de la Póliza";o
b. cuando el Asegurado ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del Artículo 8 "Cancelación del Contrato" , invocando la continuidad de la cobertura por el periodo prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, por escrito y en forma fehaciente al momento de la cancelación o no renovación; caso en el cual la Aseguradora se reserva el derecho de cobrar un premio adicional que puede variar, en términos porcentuales, desde el 0% al 40% del premio pagado, siendo este último el limite máximo a ser aplicado en caso de hacer uso de tal facultad pagadero dentro de los 30 días de invocada la cobertura del período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses; o
c. cuando el Asegurado cese sus actividades profesionales en forma definitiva por cualquier razón, excepto la insolvencia. Y siempre que:
1. el reclamos hubiere sido cubierto bajo la Póliza, en caso de haber sido efectuado durante el período del Seguro; y
2. la recepción del reclamo o reclamos se notifique por escrito y en forma fehaciente a la Aseguradora durante tal período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses o según plazo de prescripción establecido por el Código Civil; y
3. los reclamos notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, serán considerados como si hubieren sido efectuados durante el último año de Póliza.

CLÁUSULA 4 – DENUNCIA DE RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata, al la(s) persona(s) designadas por la Aseguradora según se indica en Condiciones Particulares, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. En especial, se acompaña a la presente el Anexo 1, que contiene una descripción taxativa de hechos y/o circunstancias que mínimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Incidencias". Tal notificación deberá cursarse en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (Incidencias) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento, hecho y/o circunstancia en cuestión, por ejemplo:
- lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
- nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
- la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Siniestro, como Anexo 2 de la presente Póliza.
4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO DE MALA PRAXIS:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el acto de mala praxis, se considerará que tal acto de mala praxis se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho (negligencia, error, omisión, incidente) que, junto con otros hechos conforman el acto de mala praxis presunto o cierto.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de

comisión del acto de mala praxis, la fecha de comienzo del tratamiento o de la prestación de servicios durante los cuales es razonable presumir que se cometió el acto de mala praxis. Cuando varios o una serie de actos de mala praxis deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer acto de mala praxis, independientemente del momento en que se cometa cada acto de mala praxis y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.
4.3 DENUNCIA DE RECLAMOS:
El Asegurado deberá notificar en forma inmediata y por vía fehaciente, a la(s) persona(s) indicadas en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO).el recibo de un reclamo, y asimismo, deberá enviar por el mismo medio a la Aseguradora dentro de las 48 Hs. de recibido, copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda;
4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
4.4.1 El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en el artículo 4 inciso 3. Caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) por la Aseguradora.
4.4.2 No obstante, se considerará que el reclamo ha sido presentado durante el período del Seguro en los siguientes supuestos:
4.4.2.1 cuando el primer reclamo de varios reclamos que deriven del mismo acto de mala praxis o de varios o una serie de actos de mala praxis que deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, es efectuado durante el período del Seguro.
4.4.2.2 cuando durante el período del Seguro la Aseguradora recibe una notificación por escrito de parte del Asegurado comunicándole circunstancias de las cuales razonablemente pueda esperarse que se originará un reclamo por actos de mala praxis contra el Asegurado y tal reclamo realmente se efectúa con posterioridad durante la vigencia de este Seguro.
4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del contrato de Seguros, el evento adverso según ya fuera definido, será atribuido al año/ Póliza en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato y existiendo reclamos posteriores a la finalización de la última vigencia y siempre dentro del límite del período prorrogado, el evento adverso, a todos sus efectos, se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLÁUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente Póliza se limita a reclamos que deriven de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en el ítem 3 de las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, según se define en el punto 3.1.4. de la presente Póliza.
5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de Cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; actos de mala praxis; reclamos efectuados o reclamantes;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto de mala praxis o de varios actos de mala praxis que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
- como uno solo;
- como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Cuando un reclamo o reclamos sean efectuados y denunciados por primera vez luego del período del Seguro, pero dentro del período prorrogado de denuncia de reclamos, se considerará que tal reclamo o reclamos fueron efectuados durante el último año de Póliza.
d. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3. incisos 1.1 y 1.2., la Aseguradora pagará por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más actos de mala praxis. Los gastos por reclamos quedan incluidos dentro de tal límite.
e. El remanente del Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de Póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLÁUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1. LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos con anterioridad a la fecha retroactiva indicada en el ítem 3 de las condiciones particulares.
b. Reclamos efectuados fuera del período del Seguro; excepto lo dispuesto en el artículo 3.1.4. del presente contrato, referente a período prorrogado de denuncia de reclamos.
c. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos fuera de la República Argentina.
d. Reclamos efectuados como consecuencia de actos de mala praxis cometidos fuera del marco de la prestación de servicios y/o tratamientos cubiertos por esta Póliza. La exclusión descripta en este apartado no se aplicará a la prestación de actos del buen samaritano.
e. Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran verdaderamente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
f. Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado

de su empleo o contratación por el Asegurado. De cualquier modo esta exclusión no se aplicará a los reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos dentro del marco de la prestación de servicios o tratamientos médicos, odontológicos o paramédicos a un empleado cuando revista el carácter de paciente del Asegurado.
g. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con dolo.
h. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con culpa grave. El concepto de culpa grave en la presente exclusión incluye, pero no se limita a :
- la prestación de servicios y/o tratamientos bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticos;
- la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión asegurada, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
i. Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descrito en el Código Penal.
j. Reclamos derivados de la provisión de servicios y/o tratamientos ya sea:
- prohibidos por la ley, o por las regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o.
- no autorizados por las autoridades judiciales competentes, cuando tal autorización fuese necesaria, o.
- no reconocidos por la ciencia médica, y/o.
- no permitidos de acuerdo con los Standard profesionales aceptados para la práctica de la profesión asegurada del Asegurado.
k. Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
l. Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito. No obstante esta exclusión no se aplicará a los casos en que la responsabilidad habría existido si el Asegurado no hubiere asumido tal obligación, y hasta el límite de tal responsabilidad.
m. Reclamos debidos a lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a) radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
2.b) las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.
n. Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
o. Reclamos debidos a daños genéticos.
p. Los daños provocados por toda clínica, Sanatorio, Hospital o de cualquier otro centro de asistencia donde el profesional médico desempeñe tareas, ya sea en forma esporádica, habitual o excepcional.
q. Reclamos derivados de la tenencia y/o utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
r. Los daños provocados por otras personas, ya sean médicos o no, que no estén específicamente cubiertos por esta Póliza, aunque hubieran colaborado con el Asegurado y/o hubieran participado en los hechos que den lugar al reclamo por mala práctica de manera indirecta y/o directa.
s. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o transplante de órganos sexuales y/o esterilizaciones.
t. Hechos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
u. Responsabilidad Civil de Laboratorios de Productos Medicinales.
v. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
6.2 A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1 El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y la concubina;
6.2.2 Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo;

CLÁUSULA 7 - CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa - y no taxativa - y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes ;
a. Guardar historias clínicas y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La(s) persona(s) mencionada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) podrá(n), en todo momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 10 años desde la fecha de la provisión de los servicios o tratamientos.
c. Además:
- entregar a la(s) persona(s) designada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los

límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la Póliza;
- colaborar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
- cooperar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
- colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
d. El Asegurado deberá:.
- permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
- transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
e. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos – con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial – oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La Aseguradora a su solo arbitrio determinara la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o Terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en el poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las autorizaciones que ésta podrá requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (franquicia), en caso de corresponder.

CLÁUSULA 8 – CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora.
La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación.
Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella al Asegurado, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora;
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación o regulación que agrave el riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora o de la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el ejercicio de la actividad asegurada.
8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente Póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.
8.3 APLICABILIDAD– FECHAS DE VIGENCIA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de la presente Póliza a un Asegurado individual quedará cancelada en forma automática en caso de fallecimiento del Asegurado, a partir de la fecha de su fallecimiento.

CLÁUSULA 9 – PAGO DEL PREMIO.
En todo lo que no esté modificado por la presente, se aplicará la cláusula de pago del premio, que forma parte integrante de este contrato.
PAGO FUERA DE TÉRMINO; SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:
a. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total del premio, en las fechas de vencimiento acordadas para tales pagos, no se proporcionará cobertura bajo esta Póliza con

respecto a reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha desde que dicha deuda sea exigible.
b. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total de la segunda o siguientes cuotas del premio, o con el pago del monto total del premio exigible en virtud de la revisión a la que se hace referencia en la cláusula de cobranza, no se proporcionará cobertura con respecto a los reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos después de la fecha de vencimiento referida.
c. La suspensión de la cobertura a la que se hace referencia precedentemente se hará efectiva sin necesidad de efectuar la notificación del incumplimiento. El Asegurado seguirá siendo responsable del pago del premio. La Aseguradora tendrá derecho a retener el premio exigible correspondiente al período en que se suspendió la cobertura.
d. La cobertura provista por esta Póliza comenzará, o se rehabilitará –según corresponda– conforme a la cláusula de cobranza.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ANEXO A – RC MALA PRAXIS MEDICA (7) MEDICOS INDIVIDUALES BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE (DESCUBIERTO 10 AÑOS)–CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la Póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura.
Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.
Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la Póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418).
La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen las bases de la presente Póliza y quedan incorporadas a la presente.
Al aceptar la presente Póliza se consiente que:
1. todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente Póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y,
2. en caso de reticencia o falsedad en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, que puedan afectar en forma sustancial la aceptación del riesgo cubierto conforme la presente por la Aseguradora, la Póliza será nula y carecerá de efectos.

CLÁUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS.
Cualquier médico y/u odontólogo y/o paramédico exclusivamente con respecto al ejercicio de la profesión asegurada dentro del marco de las actividades pactadas entre las partes contratantes, y que se encuentre detallado las Condiciones Particulares de la presente Póliza y/o incluido en la nómina que forma parte de este contrato como Suplemento Adicional 99.

CLÁUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO.
El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura por reclamos de responsabilidad profesional derivados de actos de mala praxis, cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y reclamados durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, manteniendo al Asegurado indemne por cuanto deba a un tercero en virtud de su Responsabilidad Civil, hasta el límite de la cobertura prevista en la presente Póliza y establecido en las Condiciones Particulares.
Asimismo, queda cubierta la Responsabilidad Civil del Asegurado derivada de la tenencia y utilización de aparatos y tratamientos, en tanto estos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean expresamente excluidos de la cobertura de la Póliza.
3.1.1 INDEMNIZACIONES:
La Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado, dentro de los Límites de indemnización consignados en el presente contrato (Suma Asegurada) y bajo sus condiciones, con el alcance y forma estipulados por esta Póliza, por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar, derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de un paciente, causados o que se alegue han sido causados, por cualquier acto de mala praxis que haya sido cometido por el Asegurado en el ejercicio de su actividad médico-asistencial asegurada, previa deducción de la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.2 ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
– proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta Póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará al Letrado indicado en las Condiciones Particulares.
– pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta Póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).
3.1.3 FECHA RETROACTIVA:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente Póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura, a la estipulada en las Condiciones

Particulares.
3.1.4 PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS:
En los supuestos de cancelación anticipada contenidos en el Artículo 8 "Cancelación del Contrato" de la presente Póliza, o en caso de no renovarse la misma por decisión del Asegurado, la Aseguradora continuará siendo responsable por los reclamos presentados con posterioridad al período del Seguro y durante un período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, en los siguientes casos:
a. cuando la Aseguradora ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del artículo 8 "Cancelación del Contrato", y siempre que su decisión no se base en ninguno de los supuestos contenidos en el Artículo 8 inciso 1 "Supuestos de Cancelación de la Póliza/ Cobertura en Virtud de la Póliza";o
b. cuando el Asegurado ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del Artículo 8 "Cancelación del Contrato" , invocando la continuidad de la cobertura por el periodo prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, por escrito y en forma fehaciente al momento de la cancelación o no renovación; caso en el cual la Aseguradora se reserva el derecho de cobrar un premio adicional que puede variar, en términos porcentuales, desde el 0% al 55% del premio pagado, siendo este último el limite máximo a ser aplicado en caso de hacer uso de tal facultad pagadero dentro de los 30 días de invocada la cobertura del período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses; o
c. cuando el Asegurado cese sus actividades profesionales en forma definitiva por cualquier razón, excepto la insolvencia. Y siempre que:
1. el reclamos hubiere sido cubierto bajo la Póliza, en caso de haber sido efectuado durante el período del Seguro; y
2. la recepción del reclamo o reclamos se notifique por escrito y en forma fehaciente a la Aseguradora durante tal período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses o según plazo de prescripción establecido por el Código Civil; y
3. los reclamos notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, serán considerados como si hubieren sido efectuados durante el último año de Póliza.

CLÁUSULA 4 – DENUNCIA DE RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata, al la(s) persona(s) designadas por la Aseguradora según se indica en Condiciones Particulares, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. En especial, se acompaña a la presente el Anexo 1, que contiene una descripción taxativa de hechos y/o circunstancias que mínimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Incidencias". Tal notificación deberá cursarse en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (Incidencias) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento, hecho y/o circunstancia en cuestión, por ejemplo:
- lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
- nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
- la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Siniestro, como Anexo 2 de la presente Póliza.
4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO DE MALA PRAXIS:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el acto de mala praxis, se considerará que tal acto de mala praxis se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho (negligencia, error, omisión, incidente) que, junto con otros hechos conforman el acto de mala praxis presunto o cierto.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de comisión del acto de mala praxis, la fecha de comienzo del tratamiento o de la prestación de servicios durante los cuales es razonable presumir que se cometió el acto de mala praxis.
Cuando varios o una serie de actos de mala praxis deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer acto de mala praxis, independientemente del momento en que se cometa cada acto de mala praxis y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.
4.3 DENUNCIA DE RECLAMOS:
El Asegurado deberá notificar en forma inmediata y por vía fehaciente, a la(s) persona(s) indicadas en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO).el recibo de un reclamo, y asimismo, deberá enviar por el mismo medio a la Aseguradora dentro de las 48 Hs. de recibido, copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda;
4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
4.4.1 El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en el artículo 4 inciso 3. Caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) por la Aseguradora.
4.4.2 No obstante, se considerará que el reclamo ha sido presentado durante el período del Seguro en los siguientes supuestos:
4.4.2.1 cuando el primer reclamo de varios reclamos que deriven del mismo acto de mala praxis o de varios o una serie de actos de mala praxis que deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, es efectuado durante el período del Seguro.
4.4.2.2 cuando durante el período del Seguro la Aseguradora recibe una notificación por

escrito de parte del Asegurado comunicándole circunstancias de las cuales razonablemente pueda esperarse que se originará un reclamo por actos de mala praxis contra el Asegurado y tal reclamo realmente se efectúa con posterioridad durante la vigencia de este Seguro.
4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del contrato de Seguros, el evento adverso según ya fuera definido, será atribuido al año/ Póliza en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato y existiendo reclamos posteriores a la finalización de la última vigencia y siempre dentro del límite del período prorrogado, el evento adverso, a todos sus efectos, se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLÁUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente Póliza se limita a reclamos que deriven de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en el ítem 3 de las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, según se define en el punto 3.1.4. de la presente Póliza.
5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de Cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; actos de mala praxis; reclamos efectuados o reclamantes;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto de mala praxis o de varios actos de mala praxis que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
- como uno solo;
- como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Cuando un reclamo o reclamos sean efectuados y denunciados por primera vez luego del período del Seguro, pero dentro del período prorrogado de denuncia de reclamos, se considerará que tal reclamo o reclamos fueron efectuados durante el último año de Póliza.
d. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3. incisos 1.1 y 1.2., la Aseguradora pagará por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más actos de mala praxis. Los gastos por reclamos quedan incluidos dentro de tal límite.
e. El remanente del Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de Póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLÁUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1. LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos con anterioridad a la fecha retroactiva indicada en el ítem 3 de las condiciones particulares.
b. Reclamos efectuados fuera del período del Seguro; excepto lo dispuesto en el artículo 3.1.4. del presente contrato, referente a período prorrogado de denuncia de reclamos.
c. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos fuera de la República Argentina.
d. Reclamos efectuados como consecuencia de actos de mala praxis cometidos fuera del marco de la prestación de servicios y/o tratamientos cubiertos por esta Póliza. La exclusión descripta en este apartado no se aplicará a la prestación de actos del buen samaritano.
e. Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran verdaderamente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
f. Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado de su empleo o contratación por el Asegurado. De cualquier modo esta exclusión no se aplicará a los reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos dentro del marco de la prestación de servicios o tratamientos médicos, odontológicos o paramédicos a un empleado cuando revista el carácter de paciente del Asegurado.
g. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con dolo.
h. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con culpa grave. El concepto de culpa grave en la presente exclusión incluye, pero no se limita a :
- la prestación de servicios y/o tratamientos bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticos;
- la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión asegurada, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
i. Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descrito en el Código Penal.
j. Reclamos derivados de la provisión de servicios y/o tratamientos ya sea:
- prohibidos por la ley, o por las regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o.
- no autorizados por las autoridades judiciales competentes, cuando tal autorización fuese necesaria, o.
- no reconocidos por la ciencia médica, y/o.
- no permitidos de acuerdo con los Standard profesionales aceptados para la práctica de la profesión asegurada del Asegurado.

k. Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
l. Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito. No obstante esta exclusión no se aplicará a los casos en que la responsabilidad habría existido si el Asegurado no hubiere asumido tal obligación, y hasta el límite de tal responsabilidad.
m. Reclamos debidos a lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a) radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
2.b) las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.
n. Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
o. Reclamos debidos a daños genéticos.
p. Los daños provocados por toda clínica, Sanatorio, Hospital o de cualquier otro centro de asistencia donde el profesional médico desempeñe tareas, ya sea en forma esporádica, habitual o excepcional.
q. Reclamos derivados de la tenencia y/o utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
r. Los daños provocados por otras personas, ya sean médicos o no, que no estén específicamente cubiertos por esta Póliza, aunque hubieran colaborado con el Asegurado y/o hubieran participado en los hechos que den lugar al reclamo por mala práctica de manera indirecta y/o directa.
s. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o transplante de órganos sexuales y/o esterilizaciones.
t. Hechos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
u. Responsabilidad Civil de Laboratorios de Productos Medicinales.
v. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
6.2 A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1 El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y la concubina;
6.2.2 Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo;

CLÁUSULA 7 – CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa – y no taxativa – y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes ;
a. Guardar historias clínicas y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La(s) persona(s) mencionada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) podrá(n), en todo momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 10 años desde la fecha de la provisión de los servicios o tratamientos.
c. Además:
– entregar a la(s) persona(s) designada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la Póliza;
– colaborar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
– cooperar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
– colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
d. El Asegurado deberá:.
– permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
– transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
e. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos – con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial – oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad

en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La Aseguradora a su solo arbitrio determinara la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o Terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en el poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el Articulo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las autorizaciones que ésta podrá requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (franquicia), en caso de corresponder.

CLÁUSULA 8 – CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora.
La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación.
Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella al Asegurado, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora;
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación o regulación que agrave el riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora o de la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el ejercicio de la actividad asegurada.
8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente Póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.
8.3 APLICABILIDAD– FECHAS DE VIGENCIA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de la presente Póliza a un Asegurado individual quedará cancelada en forma automática en caso de fallecimiento del Asegurado, a partir de la fecha de su fallecimiento.

CLÁUSULA 9 – PAGO DEL PREMIO.
En todo lo que no esté modificado por la presente, se aplicará la cláusula de pago del premio, que forma parte integrante de este contrato.
PAGO FUERA DE TÉRMINO; SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:
a. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total del premio, en las fechas de vencimiento acordadas para tales pagos, no se proporcionará cobertura bajo esta Póliza con respecto a reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha desde que dicha deuda sea exigible.
b. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total de la segunda o siguientes cuotas del premio, o con el pago del monto total del premio exigible en virtud de la revisión a la que se hace referencia en la cláusula de cobranza, no se proporcionará cobertura con respecto a los reclamos efectuados y/o derivados de actos de mala praxis cometidos después de la fecha de vencimiento referida.
c. La suspensión de la cobertura a la que se hace referencia precedentemente se hará efectiva sin necesidad de efectuar la notificación del incumplimiento. El Asegurado seguirá siendo responsable del pago del premio. La Aseguradora tendrá derecho a retener el premio exigible correspondiente al período en que se suspendió la cobertura.
d. La cobertura provista por esta Póliza comenzará, o se rehabilitará –según corresponda– conforme a la cláusula de cobranza.
.
CLÁUSULA 10 – DEFENSA EN JUICIO CIVIL.
La cobertura hasta el límite máximo de la suma asegurada, comprende la defensa en sede judicial del Asegurado. Razón por la cual y en caso de demanda judicial civil contra él/los Asegurado/s, éste/os debe/n dar aviso fehaciente de la demanda promovida a más tardar al día siguiente hábil de notificado/s y remitir simultáneamente, la cédula, copias y demás documentos objeto de la notificación a la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO). Esta(s) última(s), se encargará(n) de notificar a la Aseguradora respecto de la recepción de documentación, evaluando de corresponder, la demora, negligencia o reticencia en la comunicación por parte del Asegurado.

La Aseguradora debe asumir o declinar la defensa. Se entenderá que la Aseguradora asume la defensa si no la declinare mediante aviso fehaciente al Asegurado dentro de los dos días hábiles de recibida la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asuma, la Aseguradora designará a los profesionales nombrados en las Condiciones Particulares, quienes representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y otorgar en favor de el/los profesional(es) designado(s), el poder para el ejercicio de la representación judicial, 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.
La Aseguradora podrá en cualquier tiempo declinar en el juicio la defensa del Asegurado.
Si la Aseguradora no asumiera la defensa en el juicio o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquella, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.
La asunción por la Aseguradora de la defensa, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente la Aseguradora tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarla, dentro de los 15 días hábiles de dicho conocimiento.
Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que la Aseguradora las sustituya. La cobertura por parte de la Aseguradora de los honorarios y gastos judiciales de defensa en juicio civil sólo se otorga en la medida que sea efectuada por la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) al/a los que, el Asegurado deberá otorgar los respectivos poderes, razón por la cual de ejercer el Asegurado la defensa por intermedio de sus propios letrados, correrán por su exclusiva cuenta los correspondientes honorarios y gastos judiciales.

CLÁUSULA 11 – PROCESO PENAL.
Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso a la(s) persona(s) designada(s) en las Condiciones Particulares, quien(es) notificará(n) a la Aseguradora. Esta, dentro de los 2 días de recibir tal documentación, deberá expedirse sobre si asumirá o no la defensa. Si la defensa no fuese asumida por la Aseguradora, 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 la Aseguradora participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiere designado al efecto. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el Art. 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en el artículo 10.

CLÁUSULA 12 – VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO.
La Aseguradora designará a la(s) persona(s) nombrada(s) en las Condiciones Particulares para verificar el siniestro y la extensión de la cobertura a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete a la Aseguradora; es únicamente un elemento de juicio para que este pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado. El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLÁUSULA 13 – COMPUTO DE LOS PLAZOS.
Todos los plazos de días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CLÁUSULA 14 – PRORROGA DE JURISDICCIÓN.
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la Póliza.

CLÁUSULA 15 – ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
15.1 SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora proveerá los servicios de administración de riesgos que sean apropiados para el ejercicio de la profesión asegurada.
15.2 PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora podrá desarrollar, a través de la(s) persona(s) designadas en las Condiciones Particulares, un programa de administración de riesgos que sea adecuado al ejercicio de la profesión asegurada. En este caso el Asegurado estará obligado a prestar toda su colaboración y a cumplir con las recomendaciones que surjan de este. La Aseguradora notificará por endoso al presente todas las recomendaciones producto del programa.
15.3 INSPECCIÓN E INFORME RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora, tendrá derecho, pero no se encuentra obligado a:
- realizar inspecciones e informes relativos a la administración de riesgos en cualquier momento
- presentar informes al Asegurado respecto del estado de situación aparente; y
- recomendar cambios

CLÁUSULA 16 – MANEJO DE LOS RECLAMOS Y DISPOSICIONES RELATIVAS AL ACUERDO EXTRAJUDICIAL.
Si no prosperase el acuerdo extrajudicial propuesto por la Aseguradora con relación a la responsabilidad emergente en virtud del reclamo, por oponerse a éste el tomador y/o el Asegurado, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos adicionales por los daños, intereses y costos que excedan el monto total que fuera acordado extrajudicialmente a la fecha de la oposición, cuando ésta comunique fehacientemente la circunstancia al Asegurado.

CLÁUSULA 17 – ADVERTENCIAS AL ASEGURADO.
1. Advertencia sobre los alcances de la cobertura: esta Póliza no ampara los reclamos derivados de denuncias efectuadas fuera de los términos y plazos taxativamente expuestos en el Art. 4º de la presente Póliza.
2. De conformidad con la Ley de Seguros, el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo pertinente de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés y sin perjuicio de las emergentes de las condiciones generales específicas.
3. RETICENCIA: Las declaraciones falsas o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado aún incurridas de buena fe, producen la nulidad del contrato en las condiciones establecidas por el Artículo 5 y correlativos de la Ley 17.418.
4. MORA AUTOMÁTICA – DOMICILIO: Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Artículos 15 y 16 de la Ley 17.418).
5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del Seguro y cuando se deba a un hecho causado por el Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley 17.418.
6. EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DE SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS: El Asegurado pierde el derecho de ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Artículo 48 de la Ley 17.418.
7. PROVOCACIÓN DE SINIESTRO: la Aseguradora queda liberada si el siniestro es provocado por el Asegurado dolosamente o por culpa grave, conforme a los Artículos 70 y 114 de la Ley 17.418.
8. COBERTURA FINANCIERA: se deja constancia que4 por el tipo de cobertura que se trata (CLAIMS MADE O BASE RECLAMOS) tanto al momento del reclamo como en el momento del acto médico cuestionado el Asegurado no debe no debió estar en mora.

CLÁUSULA 18 – DEFINICIONES.
En la presente Póliza, el término "Aseguradora", hace referencia a NOBLE S.A. ASEGURADORA DE RESPONSABILIDA PROFESIONAL. El término "Asegurado" hace referencia al tomador y se extiende a toda persona que reúna los requisitos para ser Asegurado según lo establecido en el Artículo 2 de la Póliza.
Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa, y los pronombres que denoten género se aplicarán a los dos géneros.
18.1 RECLAMO SIGNIFICA:
cualquier notificación por escrito cursada por un tercero que contenga:
– un reclamo de indemnización por cualquier acto de mala praxis presunto o cierto o,
– la expresión de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier acto de mala praxis médica.
18.2 GASTOS POR RECLAMOS, SIGNIFICA:
– todos los gastos en concepto de asistencia legal que sean razonablemente necesarios, que haya efectuado el Asegurado con el consentimiento de la Aseguradora, a los efectos de realizar la investigación, liquidación, acuerdo extrajudicial, o defensa de cualquier reclamo, quedando expresamente excluidos los salarios de los dependientes, funcionarios y directores del Asegurado así como también sus gastos administrativos. A los efectos de la presente, los gastos en que la Aseguradora incurra en nombre del Asegurado serán considerados como gastos del Asegurado;
– todos los gastos cuyo pago el Asegurado sea condenado a pagar en juicio;
18.3 ACTO DEL BUEN SAMARITANO SIGNIFICA:
El tratamiento administrado en la escena de una emergencia médica, accidente o catástrofe por el Asegurado que se encuentre presente "in situ"ya sea por casualidad, o por responder a un pedido de ayuda (SOS) luego de producida la catástrofe.
18.4 PROFESIÓN ASEGURADA SIGNIFICA:
La provisión de servicios y tratamientos profesionales por parte del Asegurado en el ámbito del ejercicio de la profesión y especialidad denunciada en las Condiciones Particulares o en cualquier otro documento que forme parte de la Póliza, siempre que el Asegurado esté habilitado para el ejercicio y – si mediara dicho requisito – esté Matriculado o Registrado – y, asimismo, siempre que cumpla con todo requisito que las autoridades gubernamentales puedan imponer para el ejercicio de tal profesión y especialidad.
18.5 ACTO DE MALA PRAXIS SIGNIFICA:
Cualquier acto médico, odontológico o paramédico ejecutado con culpa (negligencia), impericia, imprudencia e inobservancia de deberes, así como también cualquier incumplimiento del deber, error u omisión en los que incurra el Asegurado en el ejercicio de la actividad asegurada.
Varios o una serie de actos de mala praxis que estén relacionados entre sí, sea que deriven uno del otro, o que tengan la misma fuente-origen, o que sean el resultado de una misma e idéntica causa, o que se cometan dentro del marco del tratamiento de la misma enfermedad o lesión del mismo paciente serán considerados como un solo acto de mala praxis.
18.6 PACIENTE SIGNIFICA:
Cualquier persona que reciba o haya recibido servicios y/o tratamientos médicos, odontológicos y/o paramédicos provistos por el Asegurado por razones diagnósticas, profilácticas, curativas o paliativas.
18.7 AÑO DE PÓLIZA O AÑO/ PÓLIZA SIGNIFICAN:
El primero o cada período sucesivo de doce meses comprendidos dentro del período del Seguro. En caso de vencimiento o de cancelación anticipada de la Póliza, con efectos a una fecha anterior a la finalización de un período de doce meses completos, ese último período menor a

un año será considerado como el año de Póliza inmediato anterior.
18.8 PÓLIZA SIGNIFICA:
El presente Contrato, el Formulario de solicitud de Seguro y la información en el contenida, sus Anexos, los apéndices y los endosos emitidos por la Aseguradora.

CLÁUSULA 19 – OTRO SEGURO.
Este Seguro no ampara ningún siniestro que, al momento de descubrirse, estuviese cubierto, o lo estaría de no ser por la existencia de esta Póliza, por cualesquiera otra(s) póliza(s) excepto cualquier monto en exceso (siempre que no exceda los límites de esta póliza) del monto que se hubiese pagado bajo dicha póliza(s) incluyendo el deducible que eventualmente correspondiese aplicar bajo la(s) misma(s) de no estar vigente la presente Póliza.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
ANEXO B – RC MALA PRAXIS MEDICA – CLINICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES – BASE DE LA COBERTURA CLAIMS MADE (DESCUBIERTO 10 AÑOS).
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura. Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas. Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418).
La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen las bases de la presente póliza y quedan incorporadas a la presente.
Al aceptar la presente póliza se consiente que:
1. todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y,
2. en caso de reticencia o falsedad en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, que puedan afectar en forma sustancial la aceptación del riesgo cubierto conforme la presente por la Aseguradora, la póliza será nula y carecerá de efectos.

CLAUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS.
Esta póliza está destinada a cubrir a los Establecimientos Médicos Asistenciales, e Instituciones organizadoras de servicios Médicos, sean personas de Derecho Público o Privado, nombrados en el Formulario de Solicitud de Seguro, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones mas adelante expresados, y respecto de los antecedentes siniestrales, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el Formulario de Solicitud de Seguro el cual forma parte de la presente póliza, y cuya alteración, ocultamiento o falseamiento tornará nula la póliza.

CLAUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO.
El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura por reclamos de responsabilidad profesional derivados de actos de mala praxis médica, cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y reclamadas durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, manteniendo al Asegurado indemne por cuanto deba a un tercero en virtud de su Responsabilidad Civil, hasta el límite de la cobertura prevista en la presente póliza y establecido en las Condiciones Particulares.
Asimismo, queda cubierta la Responsabilidad Civil del Asegurado derivada de la tenencia y utilización de aparatos y tratamientos, en tanto estos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean expresamente excluidos de la cobertura de la póliza.
Queda igualmente cubierta la Responsabilidad Civil que deriva de la atención de pacientes en ambulancias propias o contratadas a terceros, siempre y cuando la existencia de esta prestación sea denunciada con anterioridad al comienzo de la vigencia de la presente póliza.
Esta póliza cubre también la Responsabilidad Civil de las personas con funciones de dirección del establecimiento, en la medida que el reclamo que se les impetre provenga del normal desenvolvimiento de sus funciones como Administrador y/o director del Asegurado, y no como consecuencia de su actividad profesional médica.
3.1.1 INDEMNIZACIONES:
La Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado, dentro de los Límites de indemnización consignados en el presente contrato (Suma Asegurada) y bajo sus condiciones, con el alcance y forma estipulados por esta póliza, por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar, derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de un paciente, causados o que se alegue han sido causados, por cualquier acto de mala praxis que haya sido cometido por el Asegurado en el ejercicio de su actividad médico-asistencial asegurada, previa deducción de la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.2 ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
- proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará al Letrado indicado en las Condiciones Particulares. Este

letrado deberá ser provisto por el Asegurado de un poder general para representarlo y según se expresa en el articulo 10.
- pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).
3.1.3 FECHA DE RETROACTIVIDAD:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura, a la estipulada en las Condiciones Particulares.
3.1.4 PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS:
En los supuestos de cancelación anticipada contenidos en el Artículo 8 "Cancelación del Contrato" de la presente Póliza, o en caso de no renovarse la misma por decisión del Asegurado, la Aseguradora continuará siendo responsable por los reclamos presentados con posterioridad al período del Seguro y durante un período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, en los siguientes casos:
a. cuando la Aseguradora ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente Póliza según los términos del artículo 8 "Cancelación del Contrato", y siempre que su decisión no se base en ninguno de los supuestos contenidos en el Artículo 8 inciso 1 "Supuestos de Cancelación de la Póliza /Cobertura en Virtud de la Póliza";o
b. cuando el Asegurado ejerza su derecho de rescindir unilateralmente la presente póliza según los términos del Artículo 8 "Cancelación del Contrato", invocando la continuidad de la cobertura por el periodo prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, por escrito y en forma fehaciente dentro de un plazo de 30 días desde la fecha efectiva de cancelación o no renovación; caso en el cual la Aseguradora se reserva el derecho de cobrar un premio adicional pagadero dentro de los 30 días de invocada la cobertura del período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses; o
c. cuando el Asegurado cese sus actividades profesionales en forma definitiva por cualquier razón, excepto la insolvencia.
Y siempre que:
1. el reclamos hubiere sido cubierto bajo la póliza, en caso de haber sido efectuado durante el período del Seguro; y
2. la recepción del reclamo o reclamos se notifique por escrito y en forma fehaciente a la Aseguradora durante tal período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses o según plazo de prescripción establecido por el Código Civil; y
3. los reclamos notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos de 120 meses, serán considerados como si hubieren sido efectuados durante el último año de póliza.

CLAUSULA 4 – DENUNCIA DE RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata, al la(s) persona(s) designadas por la Aseguradora según se indica en las Condiciones Particulares, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. Se acompaña a la presente el Anexo 1, que contiene una descripción taxativa de hechos y/o circunstancias que mínimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Incidencias". Tal notificación deberá cursarse en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (Incidencias) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento y/o hecho y las circunstancias bajo las cuales el evento y/o hecho en cuestión tuvieran lugar, por ejemplo:
- lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
- nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
- la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Siniestro, como Anexo 2 de la presente póliza.
4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO DE MALA PRAXIS:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el acto de mala praxis, se considerará que tal acto de mala praxis se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho (negligencia, error, omisión, incidente) que, junto con otros hechos conforman el acto de mala praxis presunto o cierto.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de comisión del acto de mala praxis, la fecha de comienzo del tratamiento o de la prestación de servicios durante los cuales es razonable presumir que se cometió el acto de mala praxis.
Cuando varios o una serie de actos de mala praxis deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer acto de mala praxis, independientemente del momento en que se cometa cada acto de mala praxis y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.
4.3 DENUNCIA DE RECLAMOS:
El Asegurado deberá notificar en forma inmediata y por vía fehaciente, a la(s) persona(s) indicadas en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) el recibo de un reclamo, y asimismo, deberá enviar por el mismo medio a la Aseguradora dentro de las 48 Hs. de recibido, copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda;
4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
4.4.1 El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la

notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en el artículo 4 inciso 3.
Caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) por la Aseguradora.
4.4.2 No obstante, se considerará que el reclamo ha sido presentado durante el período del Seguro en los siguientes supuestos:
4.4.2.1 cuando el primer reclamo de varios reclamos que deriven del mismo acto de mala praxis o de varios o una serie de actos de mala praxis que deban considerarse como uno solo e igual acto de mala praxis, es efectuado durante el período del Seguro.
4.4.2.2 cuando durante el período del Seguro la Aseguradora recibe una notificación por escrito de parte del Asegurado comunicándole circunstancias de las cuales razonablemente pueda esperarse que se originará un reclamo por actos de mala praxis contra el Asegurado y tal reclamo realmente se efectúa con posterioridad durante la vigencia de la póliza.
4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del Contrato de Seguro, el evento adverso según ya fuera definido, será atribuido al año/ póliza en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato y existiendo reclamos posteriores a la finalización de la última vigencia y siempre dentro del límite del período prorrogado de denuncia de reclamos, el evento adverso, a todos sus efectos se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLAUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente póliza se limita a reclamos que deriven de actos de mala praxis cometidos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, o durante el período prorrogado de denuncia de reclamos.
5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de Cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; actos de mala praxis; reclamos efectuados o reclamantes;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo acto de mala praxis o de varios actos de mala praxis que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
- como uno solo;
- como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3. incisos 1.1 y 1.2., la Aseguradora pagará por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en el ítem 6.2 de las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más actos de mala praxis. Los gastos por reclamos quedan incluidos dentro de tal límite.
d. El Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante la vigencia del Seguro e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.
e. El remanente del límite de indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el período prorrogado de denuncia de reclamos, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLAUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1 LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos con anterioridad a la fecha de retroactividad y/o reclamados fuera del período de vigencia del Seguro o del período prorrogado de denuncias de reclamos.
b. Reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos fuera de la República Argentina.
c. Reclamos efectuados como consecuencia de actos de mala praxis cometidos fuera del marco de la prestación de servicios y/o tratamientos cubiertos por esta póliza. La exclusión descripta en este apartado no se aplicará a la prestación de actos del buen samaritano.
d. Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran realmente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
e. Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado de su empleo o contratación por el Asegurado. De cualquier modo esta exclusión no se aplicará a los reclamos derivados de actos de mala praxis cometidos dentro del marco de la prestación de servicios o tratamientos médicos, odontológicos o paramédicos a un empleado cuando revista el carácter de paciente del Asegurado.
f. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con dolo.
g. Reclamos derivados de actos de mala praxis ejecutados con culpa grave. El concepto de culpa grave en la presente exclusión incluye, pero no se limita a :
- la prestación de servicios y/o tratamientos bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticos;
- la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión asegurada, prestar servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.

h. Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descripto en el Código Penal.
i. Reclamos derivados de la provisión de servicios y/o tratamientos ya sea
- prohibidos por la ley, o por las regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o
- no autorizados por las autoridades judiciales competentes, cuando tal autorización fuese necesaria, o
- no reconocidos por la ciencia médica, y/o
- no permitidos de acuerdo con los Standard profesionales aceptados para la práctica de la profesión asegurada del Asegurado.
j. Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
k. Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito. No obstante esta exclusión no se aplicará a los casos en que la responsabilidad habría existido si el Asegurado no hubiere asumido tal obligación, y hasta el límite de tal responsabilidad.
l. Reclamos debidos las lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a. radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
2.b. las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.
m. Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
n. Reclamos debidos a daños genéticos.
o. La derivación a otras Clínicas, Sanatorios, Hospitales, y otras instituciones similares, cualquiera sea la causa que motive tal derivación.
p. Reclamos derivados de la tenencia y/o utilización de aparatos y/o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.
q. Los daños provocados por prácticas de enfermería, médicas o paramédicas, efectuadas u ordenadas por personas que carezcan de título habilitarte.
r. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o transplante de órganos y/o esterilizaciones.
s. Hechos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
t. Responsabilidad Civil de Laboratorios por Productos Medicinales.
u. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
v. Responsabilidad Civil Productos, considerándose como tales también los cultivos bacteriológicos.
w. La Responsabilidad Civil extra-contractual derivada de actos que no sean estrictamente médicos.

6.2 A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1 El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y el concubinario;
6.2.2 Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo;

CLAUSULA 7 – CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa – y no taxativa – y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes:
a. Guardar historias clínicas y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La(s) persona(s) mencionada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), podrá(n), en todo momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 10 años desde la fecha de la provisión de los servicios o tratamientos.
c. Además:
- entregar a la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la póliza;
- colaborar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
- cooperar con la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
- colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable

por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
d. El Asegurado deberá:
- permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
- transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
e. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La aseguradora a su solo arbitrio determinara la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en le poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el articulo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las autorizaciones que ésta pudiera requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (franquicia), en caso de corresponder.

CLAUSULA 8 - CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora. La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación. Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella a un Asegurado individual, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora;
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación o regulación que agrave el riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora o de la(s) persona(s) designada(s) en ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO), a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) en las Condiciones Particulares puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el ejercicio de la actividad asegurada.
8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.

CLAUSULA 9 - PAGO DEL PREMIO.
En todo lo que no esté modificado por la presente, se aplicará la cláusula de pago del premio, que forma parte integrante de este contrato.
Pago fuera de término; suspensión de la cobertura:
a. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total del premio, en las fechas de vencimiento acordadas para tales pagos, no se proporcionará cobertura bajo esta póliza con respecto a reclamos efectuados con posterioridad a la fecha desde que dicha deuda sea exigible.
b. En caso de que el Asegurado no cumpla con el pago total de la segunda o siguientes cuotas del premio, o con el pago del monto total del premio exigible en virtud de la revisión a la que se hace referencia en la cláusula de cobranza, no se proporcionará cobertura con respecto a los reclamos efectuados después de la fecha de vencimiento referida.
c. La suspensión de la cobertura a la que se hace referencia precedentemente se hará efectiva sin necesidad de efectuar la notificación del incumplimiento.
El Asegurado seguirá siendo responsable del pago del premio.
La Aseguradora tendrá derecho a retener el premio exigible correspondiente al período en que se suspendió la cobertura.
d. La cobertura provista por esta póliza comenzará, o se rehabilitará -según corresponda- conforme a la cláusula de cobranza.
.
CLAUSULA 10 - DEFENSA EN JUICIO CIVIL.
La cobertura hasta el límite máximo de la suma asegurada, comprende la defensa en sede

judicial del Asegurado. Razón por la cual y en caso de demanda judicial civil contra él/los Asegurado/s, éste/os debe/n dar aviso fehaciente de la demanda promovida a más tardar al día siguiente hábil de notificado/s y remitir simultáneamente, la cédula, copias y demás documentos objeto de la notificación a la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO). Esta(s) última(s), se encargará(n) de notificar a la Aseguradora respecto de la recepción de documentación, evaluando de corresponder, la demora, negligencia o reticencia en la comunicación por parte del Asegurado.
La Aseguradora debe asumir o declinar la defensa. Se entenderá que la Aseguradora asume la defensa si no la declinare mediante aviso fehaciente al Asegurado dentro de los dos días hábiles de recibida la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asuma, la Aseguradora designará a los profesionales nombrados en las Condiciones Particulares, quienes representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y otorgar en favor de el/los profesional(es) designado(s), el poder para el ejercicio de la representación judicial, 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.
La Aseguradora podrá en cualquier tiempo declinar en el juicio la defensa del Asegurado.
Si la Aseguradora no asumiera la defensa en el juicio o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquella, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.
La asunción por la Aseguradora de la defensa, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente la Aseguradora tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarla, dentro de los 5 días hábiles de dicho conocimiento.
Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que la Aseguradora las sustituya. La cobertura por parte de la Aseguradora de los honorarios y gastos judiciales de defensa en juicio civil sólo se otorga en la medida que sea efectuada por la(s) persona(s) designada(s) ANEXO 1 (LISTADO DE INCIDENCIAS) Y ANEXO 2 (FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO) al/a los que, el Asegurado deberá otorgar los respectivos poderes, razón por la cual de ejercer el Asegurado la defensa por intermedio de sus propios letrados, correrán por su exclusiva cuenta los correspondientes honorarios y gastos judiciales.

CLAUSULA 11 – PROCESO PENAL.
Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso a la(s) persona(s) designada(s) en las Condiciones Particulares, quien(es) notificará(n) a la Aseguradora. Esta, dentro de los 2 días de recibir tal documentación, deberá expedirse sobre si asumirá o no la defensa. Si la defensa no fuese asumida por la Aseguradora, 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 la Aseguradora participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiere designado al efecto. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el Art. 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en el artículo 10.

CLAUSULA 12 – VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO.
La Aseguradora designará a la(s) persona(s) nombrada(s)en las Condiciones Particulares para verificar el siniestro y la extensión de la cobertura a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete a la Aseguradora; es únicamente un elemento de juicio para que este pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado. El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLAUSULA 13 – COMPUTO DE LOS PLAZOS.
Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CLAUSULA 14 – PRORROGA DE JURISDICCIÓN.
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

CLAUSULA 15 – ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
15.1 SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora proveerá los servicios de administración de riesgos que sean apropiados para el desenvolvimiento del establecimiento Asegurado; esto incluirá la posibilidad de que la Aseguradora constituya en sede del Asegurado, un comité de riesgos con la misión de promover actividades de control del riesgo, en beneficio de ambas partes.
15.2 PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora podrá desarrollar, a través de la(s) persona(s) designada(s) en las Condiciones Particulares, un programa de administración de riesgos que sea adecuado a la actividad, grado de riesgo y siniestralidad que presente la institución asegurada. En este caso el Asegurado estará obligado a prestar toda su colaboración y a cumplir con las recomendaciones que surjan de este programa. La Aseguradora notificará por endoso al presente todas las recomendaciones producto del programa.
15.3 INSPECCIÓN E INFORME RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora, tendrá derecho, pero no se encuentra obligado a:

- realizar inspecciones e informes relativos a la administración de riesgos en cualquier momento
- presentar informes al Asegurado respecto del estado de situación aparente; y
- recomendar cambios

CLAUSULA 16 - MANEJO DE LOS RECLAMOS Y DISPOSICIONES RELATIVAS AL ACUERDO EXTRAJUDICIAL.
Si no prosperase el acuerdo extrajudicial propuesto por la Aseguradora con relación a la responsabilidad emergente en virtud del reclamo, por oponerse a éste el tomador y/o el Asegurado, la Aseguradora decidiere no imponer el acuerdo extrajudicial de conformidad conferida en el articulo 7 in fine la misma no se hará cargo de los gastos adicionales por los daños, intereses y costos que excedan el monto total que fuera acordado extrajudicialmente a la fecha de la oposición, cuando ésta comunique fehacientemente la circunstancia al Asegurado.

CLAUSULA 17 - ADVERTENCIAS AL ASEGURADO.
1. Advertencia sobre los alcances de la cobertura: esta Póliza no ampara los reclamos derivados de denuncias efectuadas fuera de los términos y plazos taxativamente expuestos en el Art. 4° de la presente Póliza.
2. De conformidad con la Ley de Seguros, el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo pertinente de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés y sin perjuicio de las emergentes de las condiciones generales específicas.
3. RETICENCIA: Las declaraciones falsas o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado aún incurridas de buena fe, producen la nulidad del contrato en las condiciones establecidas por el Artículo 5 y correlativos de la Ley 17.418.
4. MORA AUTOMÁTICA - DOMICILIO: Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Artículos 15 y 16 de la Ley 17.418).
5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del Seguro y cuando se deba a un hecho causado por el Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley 17.418.
6. EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DE SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS: El Asegurado pierde el derecho de ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Artículo 48 de la Ley 17.418.
7. PROVOCACIÓN DE SINIESTRO: la Aseguradora queda liberada si el siniestro es provocado por el Asegurado dolosamente o por culpa grave, conforme a los Artículos 70 y 114 de la Ley 17.418.
8. COBERTURA FINANCIERA: se deja constancia que por el tipo de cobertura que se trata (CLAIMS MADE O BASE DE RECLAMOS) tanto al momento del reclamo como en el momento del acto medico cuestionado el asegurado no debe ni debió estar en mora.

CLAUSULA 18 - DEFINICIONES.
En la presente Póliza, el término "Aseguradora", hace referencia a NOBLE ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL S.A. El término "Asegurado" hace referencia al tomador y se extiende a toda persona que reúna los requisitos para serlo, según lo establecido en el Artículo 2 de la Póliza. Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa, y los pronombres que denoten género se aplicarán a los dos géneros.
18.1 RECLAMO SIGNIFICA:
cualquier notificación por escrito cursada por un tercero que contenga:
- un reclamo de indemnización por cualquier acto de mala praxis presunto o cierto o,
- la expresión de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier acto de mala praxis médica.
18.2 GASTOS POR RECLAMOS, SIGNIFICA:
- todos los gastos en concepto de asistencia legal que sean razonablemente necesarios, que haya efectuado el Asegurado con el consentimiento de la Aseguradora, a los efectos de realizar la investigación, liquidación, acuerdo extrajudicial, o defensa de cualquier reclamo, quedando expresamente excluidos los salarios de los dependientes, funcionarios y directores del Asegurado así como también sus gastos administrativos. A los efectos de la presente, los gastos en que la Aseguradora incurra en nombre del Asegurado serán considerados como gastos del Asegurado;
- todos los gastos cuyo pago el Asegurado sea condenado a pagar en juicio;
18.3 ACTO DEL BUEN SAMARITANO SIGNIFICA:
El tratamiento administrado en la escena de una emergencia médica, accidente o catástrofe por el Asegurado que se encuentre presente "in situ"ya sea por casualidad, o por responder a un pedido de ayuda (S.O.S.) luego de producida la catástrofe.
18.4 Profesión Asegurada significa:
La provisión de servicios y tratamientos profesionales por parte del Asegurado en el ámbito del ejercicio de la profesión y especialidad denunciada en las Condiciones Particulares o en cualquier otro documento que forme parte del Póliza, siempre que el Asegurado esté habilitado para el ejercicio y - si mediara dicho requisito - esté Matriculado o Registrado - y, asimismo, siempre que cumpla con todo requisito que las autoridades gubernamentales puedan imponer para el ejercicio de tal profesión y especialidad.
18.5 ACTO DE MALA PRAXIS SIGNIFICA:
Cualquier acto médico, odontológico o paramédico ejecutado con culpa (negligencia), impericia, imprudencia e inobservancia de deberes, así como también cualquier incumplimiento del deber, error u omisión en los que incurra el Asegurado en el ejercicio de la actividad asegurada.

Varios o una serie de actos de mala praxis que estén relacionados entre sí, sea que deriven uno del otro, o que tengan la misma fuente-origen, o que sean el resultado de una misma e idéntica causa, o que se cometan dentro del marco del tratamiento de la misma enfermedad o lesión del mismo paciente serán considerados como un solo acto de mala praxis.
18.6 PACIENTE SIGNIFICA:
Cualquier persona que reciba o haya recibido servicios y/o tratamientos médicos, odontológicos y/o paramédicos provistos por el Asegurado por razones diagnósticas, profilácticas, curativas o paliativas.
18.7 AÑO DE PÓLIZA O AÑO/ PÓLIZA SIGNIFICAN:
El primero o cada período sucesivo de doce meses comprendidos dentro del período del Seguro. En caso de vencimiento o de cancelación anticipada de la Póliza, con efectos a una fecha anterior a la finalización de un período de doce meses completos, ese último período menor a un año será considerado como el año de Póliza inmediato anterior.
18.8 PÓLIZA SIGNIFICA:
El presente Contrato, el Formulario de solicitud de Seguro y la información en él contenida, sus Anexos, los apéndices y los endosos emitidos por la Aseguradora.

CLAUSULA 19 – OTRO SEGURO.
Este Seguro no ampara ningún siniestro que, al momento de descubrirse, estuviese cubierto, o lo estaría de no ser por la existencia de esta Póliza, por cualesquiera otra(s) póliza(s) excepto cualquier monto en exceso (siempre que no exceda los límites de esta póliza) del monto que se hubiese pagado bajo dicha póliza(s) incluyendo el deducible que eventualmente correspondiese aplicar bajo la(s) misma(s) de no estar vigente la presente Póliza.
Cláusula 9 – PAGO DEL PREMIO.
9.1. El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador aceptase, cuotas mensuales, iguales y consecutivas (expresadas en pesos o en moneda extranjera según lo establecido en las Condiciones Particulares, en las que contará asimismo el plazo de pago de las cuotas).

En las Pólizas, endosos y certificados de cobertura deberán consignarse la duración de la vigencia pero no el comienzo de la mismo, que sólo tendrá lugar a la cero (0) hora del día siguiente a la fecha de pago. Ello sólo quedará acreditado con el recibo oficial correspondiente. En caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del artículo 5° de la ley de Impuesto al Valor Agregado. Quedan excluidos del presente régimen los seguros de caución y de granizo.

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

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

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) 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 período transcurrido desde el inicio hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre la rescisión por causa imputable al Asegurado.

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

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

9.3 – El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

9.4 – Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premio de seguros de período menor de (1) un año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

9.5 – Cuando la primera 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 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

9.6 – Resoluciones N° 429/2000, 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía
Los sistemas habilitados para la cancelación de premios son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de Crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de la siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

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

Cláusula 10 – DEFENSA EN JUICIO CIVIL.
La cobertura hasta el límite máximo de la suma asegurada, comprende la defensa en sede judicial del Asegurado conforme lo establece la Cláusula 5.2 del presente. Razón por la cual y en caso de demanda judicial civil contra él/los Asegurado/s, éste/os debe/n dar aviso fehaciente de la demanda promovida a más tardar al día siguiente hábil de conocido/s y remitir simultáneamente, la cédula, copias y demás documentos objeto de la notificación a la Aseguradora. A tal efecto, se acompaña el Procedimiento para la Denuncia de Demandas como Anexo VI de la presente Póliza.

La Aseguradora debe asumir o declinar la defensa. Se entenderá que la Aseguradora asume la defensa si no la declinare mediante aviso fehaciente al Asegurado dentro de los dos días hábiles de recibida la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asuma, la Aseguradora designará a los profesionales nombrados en las Condiciones Particulares, quienes representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y otorgar en favor de el/los profesional(es) designado(s), el poder para el ejercicio de la representación judicial, 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.

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

La asunción por la Aseguradora de la defensa, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente la Aseguradora tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarla, dentro de los 5 días hábiles de dicho conocimiento.

Si el Asegurado asumiese su defensa en juicio, sin darle noticia oportuna a la Aseguradora para que lo haga ésta, o con oposición de la Aseguradora, los honorarios de los letrados del Asegurado quedarán a su cargo.

Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que la Aseguradora las sustituya. La cobertura por parte de la Aseguradora de los honorarios y gastos judiciales de defensa en juicio civil sólo se otorga en la medida que sea efectuada por al o lo(s) profesionale(s) designado(s) por la Aseguradora al/a los que, el Asegurado deberá otorgar los respectivos poderes, razón por la cual de ejercer el Asegurado la defensa por intermedio de sus propios letrados, correrán por su exclusiva cuenta los correspondientes honorarios y gastos judiciales.

Cláusula 11 – PROCESO PENAL.
Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso a la Aseguradora. Esta, dentro de los 2 días de recibir tal documentación, deberá expedirse sobre si asumirá o no la defensa. Si la defensa no fuese asumida por la Aseguradora, 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 la Aseguradora participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiere designado al efecto. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el Art. 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en el artículo 10.

Cláusula 12 – MANEJO DE LOS RECLAMOS Y DISPOSICIONES RELATIVAS AL ACUERDO EXTRAJUDICIAL.

En los supuestos que el Asegurador arribara a un acuerdo transaccional y éste fuere por un monto inferior o igual al de la franquicia o deducible y existiese silencio o negativa del Asegurado, el Asegurador quedará liberado de toda obligación respecto del siniestro en cuestión. Si existiese desacuerdo por otra parte del Asegurado, éste deberá manifestarlo mediante notificación fehaciente dentro de las 48 horas indicando el monto que estima adecuado.

Si no prosperase el acuerdo extrajudicial propuesto por la Aseguradora con relación a la responsabilidad emergente en virtud del reclamo, por oponerse a éste el tomador y/o el

Asegurado, la Aseguradora decidiere no imponer el acuerdo extrajudicial de conformidad conferida en el articulo 7 in fine la misma no se hará cargo de los gastos adicionales por los daños, intereses y costos que excedan el monto total que fuera acordado extrajudicialmente a la fecha de la oposición, cuando ésta comunique fehacientemente la circunstancia al Asegurado.

Cláusula 13 – VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO.
La Aseguradora designará por escrito a o profesionales para verificar el siniestro y la extensión de la cobertura a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete a la Aseguradora; es únicamente un elemento de juicio para que este pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado. El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

Cláusula 14 – CÓMPUTO DE LOS PLAZOS.
Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Cláusula 15 – PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN.
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

Cláusula 16 – ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
16.1 SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora proveerá los servicios de administración de riesgos que sean apropiados para el desenvolvimiento del establecimiento Asegurado; esto incluirá la posibilidad de que la Aseguradora constituya en sede del Asegurado, un comité de riesgos con la misión de promover actividades de control del riesgo, en beneficio de ambas partes.

16.2 PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora podrá desarrollar un programa de administración de riesgos que sea adecuado a la actividad, grado de riesgo y siniestralidad que presente la institución asegurada. En este caso el Asegurado estará obligado a prestar toda su colaboración y a cumplir con las recomendaciones que surjan de este programa. La Aseguradora notificará por escrito al presente todas las recomendaciones producto del programa.

16.3 INSPECCIÓN E INFORME RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora, tendrá derecho, pero no se encuentra obligado a:
- realizar inspecciones e informes relativos a la administración de riesgos en cualquier momento
- presentar informes al Asegurado respecto del estado de situación aparente; y
- recomendar cambios

Cláusula 17 – ADVERTENCIAS AL ASEGURADO.
1. Advertencia sobre los alcances de la cobertura: esta Póliza no ampara los reclamos derivados de denuncias efectuadas fuera de los términos y plazos taxativamente expuestos en el Art. 4° de la presente Póliza.

2. De conformidad con la Ley de Seguros, el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo 36 y concordantes de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés y sin perjuicio de las emergentes de las condiciones generales específicas.

3. RETICENCIA: reticencia o falsedad de circunstancias conocidas por el Asegurado en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado las condiciones, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato conforme el art. 5° y correlativos de la Ley N° 17.418.
.
4. MORA AUTOMÁTICA – DOMICILIO: Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Artículos 15 y 16 de la Ley 17.418).

5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del Seguro y cuando se deba a un hecho causado por el Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley 17.418.

6. EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DE SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS: El Asegurado pierde el derecho de ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Artículo 48 de la Ley 17.418.

7. PROVOCACIÓN DE SINIESTRO: la Aseguradora queda liberada si el siniestro es provocado por el Asegurado dolosamente o por culpa grave, conforme a los Artículos 70 y 114 de la Ley

17.418.

8. COBERTURA FINANCIERA: se deja constancia que por el tipo de cobertura que se trata (CLAIMS MADE O BASE RECLAMOS) para que un determinado Reclamo tenga cobertura bajo la presente póliza es necesario que tanto al momento del Reclamo como en el momento del Acto Médico Cuestionado, el Asegurado no se encuentre en mora en el pago de los premios.

Cláusula 18 -- OTRO SEGURO.
Este Seguro no ampara ningún siniestro que, al momento de descubrirse, estuviese cubierto, o lo estaría de no ser por la existencia de esta Póliza, por cualesquiera otra(s) póliza(s) excepto cualquier monto en exceso (siempre que no exceda los límites de esta póliza) del monto que se hubiese pagado bajo dicha póliza(s) incluyendo el deducible que eventualmente correspondiese aplicar bajo la(s) misma(s) de no estar vigente la presente Póliza

Cláusula 19 - MONEDA EXTRANJERA
Los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, se efectuarán en la moneda estipulada en las Condiciones Particulares.
Si la moneda prevista no fuera la de curso legal en la República Argentina y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos deberán ser satisfechos en pesos, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la Nación Argentina, al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de efectivo pago de cada obligación.

Si por cualquier circunstancia no pueden realizarse los pagos mediante el párrafo anterior se procederá de acuerdo con las siguientes opciones.

a.-utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Argentino que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, o en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Tomador y deberá contar con la aprobación del Asegurador.

b.- si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Argentino que cotizaran en la moneda prevista, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Argentina, de acuerdo con su cotización en la moneda extranjera prevista del día hábil inmediato anterior al pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Tomador con la aprobación del Asegurador.
.
CLÁUSULA 89 - CLAUSULA DE COBRANZA DE PREMIO - CONDICION PARTICULAR.
ARTICULO 1° - El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las condiciones particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador aceptase, cuotas mensuales, iguales y consecutivas (expresadas en pesos o en moneda extranjera según lo establecido en las condiciones particulares, en las que contará asimismo el plazo de pago de las cuotas). En las Pólizas, endosos y certificados de cobertura deberán consignarse la duración de la vigencia pero no el comienzo de la mismo, que solo tendrá lugar a la cero (0) hora del día siguiente a la fecha de pago. Ello sólo quedará acreditado con el recibo oficial correspondiente. En caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del artículo 5° de la ley de Impuesto al Valor Agregado. Quedan excluidos del presente régimen los seguros de caución y de granizo. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de las mismas. En el caso de otorgarse financiamiento para el pago del premio, se aplicará un componente financiero equivalente a la Tasa libre Pasiva del Banco de la Nación Argentina, para los seguros en pesos.

ARTICULO 2° - Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) 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 período transcurrido desde el inicio hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre la rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión del cobro extrajudicial del premio o saldo adeudado no modificará la sus pensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTICULO 3° - El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

ARTICULO 4° - Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de seguros de período menor de un (1) año, y a los adiciona les por endosos o suplementos de la póliza.
ARTICULO 5° - Cuando la prima queda sujeta a la liquidación definitiva sobre a base de las declaraciones que debe efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

ARTICULO 6° - Resoluciones N° 429/2000, 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía. Los sistemas habilitados para la cancelación de premios son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de Crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de la siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o, cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora. Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los sistemas previstos.

ARTICULO 7° - Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.
.
CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
ANEXO D - RC MALA PRAXIS MEDICA PARA ENSAYOS CLINICOS - CONDICIONES ESPECIALES.
CLAUSULA 1 - ASEGURADOS.
A los efectos del presente seguro, se consideran como asegurados el patrocinante o promotor del ensayo, el investigador y el hospital o centro donde se realicen los ensayos, encontrándose incluidos en todos los casos los directores, titulares, dependientes, colaboradores, asesores y en general cualquier persona que participe directa o indirectamente en los actos que son objeto de este seguro y que resultare responsable.

CLAUSULA 2 - OBJETO DEL SEGURO.
El Seguro cubre la responsabilidad Civil Legal contractual del Tomador del Seguro y/o Asegurados, que se derive de la realización del ensayo clínico, descripto en las Condiciones Particulares, por los daños personales causados a las personas sujetas a experimentación, así como por los perjuicios consecutivos que se deriven directamente de aquellos, siempre y cuándo los daños sean consecuencia del tratamiento con los medicamentos o sustancias empleadas en la experimentación autorizada o de las medidas terapéuticas o diagnósticas adoptadas para la realización del ensayo.

CLAUSULA 3 - ALCANCE DEL SEGURO.
Esta cobertura se extiende exclusivamente a la Responsabilidad Civil legal derivada del ensayo clínico identificado en las Condiciones Particulares, que se derive de las reclamaciones que pudieran formularse al Asegurado en base a las disposiciones del Código Civil.

CLAUSULA 4.- UNIDAD DE SINIESTRO.
4.1 A los efectos de la presente póliza se conceptúa como siniestro la reclamación o reclamaciones formuladas al Asegurado o el Asegurador conforme los términos recogidos en el punto 5.- Delimitación temporal de la cobertura.
4.2 Se entenderá por reclamación:
- Un procedimiento judicial o administrativo.
- Un requerimiento formal y por escrito dirigido al Asegurado o Asegurador en ejercicio de las acciones legales que correspondan.
La comunicación al Asegurador de cualquier hecho o circunstancia concreta, conocida por primera vez por el Asegurado y notificada fehacientemente, que pueda razonablemente determinar la ulterior formulación de una petición de resarcimiento o hacer entrar en juego las garantías de la póliza.
4.3 Se considerará como un solo y único siniestro:
- el conjunto de reclamaciones que directa o indirectamente se produjeran en el curso de un mismo ensayo clínico, con independencia del número de afectados.
- todas las reclamaciones que tengan su origen en una misma causa común, producto, sustancia, ingrediente o medicamento concreto, sujeto a un mismo protocolo, ya se trate de un primer ensayo o de un ensayo clínico posterior.
4.4 Se considerará como fecha de siniestro, la del momento de la primera reclamación, cualquiera sea previa en el tiempo, en los términos contemplados en el punto 4.2.
4.5 Todas las reclamaciones derivadas de un mismo siniestro se reducirán a la fecha expresada en el punto anterior, a los efectos de la consideración del momento del siniestro.

CLAUSULA 5 - DELIMITACION TEMPORAL DE LA COBERTURA.
La cobertura de seguro sólo ampara las reclamaciones que sean formuladas por daños derivados del ensayo clínico cubierto, siempre que las mismas se formulen durante el periodo de realización de aquél, o como máximo el Asegurador tenga constancia de ellas, de manera fehaciente y por escrito dentro del período prorrogado de vigencia si este se ha pactado.

CLAUSULA 6 - DELIMITACION GEOGRAFICA DE LA COBERTURA.

La cobertura de seguros sólo ampara la Responsabilidad Civil Legal que se derive de los ensayos clínicos realizados en la República Argentina.

CLAUSULA 7 – SUMAS ASEGURADAS.
El límite máximo que se obliga a satisfacer el Asegurador, por uno o varios reclamos que se deriven del ensayo clínico descripto en las Condiciones Particulares, se halla especificado en dichas Condiciones.
En el supuesto de que la indemnización que se halle obligado a satisfacer el Asegurador por el conjunto de reclamos, excediera de la suma asegurada que se establece como límite máximo para todas las prestaciones, la indemnización a cada sujeto sometido a ensayo, quedará reducida en proporción a ese exceso.

CLAUSULA 8 – OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y ASEGURADOS.
8.1 El Tomador del seguro o Asegurados, comunicarán al Asegurador, cualquier modificación del protocolo de ensayo.
8.2 El Tomador del seguro o las personas que tienen carácter de Asegurado, notificarán inmediatamente la suspensión del ensayo clínico en caso de que ésta sea acordada por la autoridad competente, así como su reanudación. La forma de cumplimiento de esta obligación consistirá en el envío inmediato al Asegurador de copia de la resolución administrativa de suspensión o la de su levantamiento, según proceda.
8.3 El investigador principal del ensayo o en su defecto el Promotor del mismo en calidad de Asegurado y Tomador del seguro, respectivamente, notificará inmediatamente al Asegurador cualquier reacción adversa grave o inesperada que se observe en las personas sometidas al ensayo.
8.4 El incumplimiento de las obligaciones anteriormente descriptas tendrá las consecuencias legales que se establecen en los artículos 5 y correlativos y 37 y correlativos de la ley 17.418 (Ley de Seguros).

CLAUSULA 9 – EXCLUSIONES.
En ningún caso quedarán cubiertas por el Asegurador:
9.1 Los daños y perjuicios ocasionados por aquellos ensayos clínicos:
No autorizados previa y expresamente por el Comité de Ética y por el Comité de Docencia e Investigación o que incumplan manifiestamente las condiciones de dicha autorización.
Para los que no se dispone experimentación preclínica suficiente, que garantice que los riesgos que implica en las personas son admisibles.
Realizados sin el consentimiento previo y libremente expresado del sujeto de la experimentación, cuando no se hayan cumplido las prestaciones del Comité de Ética y del Comité de Docencia e Investigación.
Que infrinjan en su realización los postulados éticos que afectan la investigación sobre seres humanos, contenidas en la declaración de Helsinki o aquellas otras sucesivas que actualicen dichos postulados.
9.2 Los gastos en que incurra el Comité de Ética.
9.3 Daños que no estén en relación causal con el ensayo, aunque estos daños ocurran temporalmente durante la realización del mismo (p.e.: intoxicaciones alimentarías en el hospital, lesiones, etc.)
9.4 Reclamos procedentes del sujeto del ensayo, basadas en que el producto no alcance los fines curativos previstos.
9.5 Reclamos derivados de daños causado directa e indirectamente por el denominado VHI, así como las variaciones, modificaciones o mutaciones del mismo, en relación con la adquisición o transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier enfermedad similar, aunque se denomine de diferente forma, o bien por error de diagnóstico de las citadas dolencias.
9.6 Daños nucleares de cualquier clase.
9.7 Daños genéticos y enfermedades genéticas o hereditarias, tales como las cromosopatías, metabolopatías, anomalías de óvulo, embrión o feto, así como la malformación o deformación congénita del niño.
9.8 Responsabilidades resultantes de la aplicación de técnicas de reproducción asistida, Inseminación Artificial (IA), Fecundación in Vitro (FIV), Transferencia de Embriones (TE) y la Transferencia Intratubica (TIG) y la denominada ingeniería genética.
9.9 Reclamos derivados de daños causados por la utilización en el ensayo clínico, de cualquiera de los productos farmacéuticos siguientes:
DIETHYKLATILBESTROL
STILBESTROL / D.E.S.
DUOGYNON (PRIMODOS)
ETHISTERNOE (AMERONE FORTE)
SWINE FLU VACCINE
METRONIDAZOLE
CLINDAMYCIN
LINCOMYCIN
DOXILAMINE (DEBENDOX)
ORAL CONSUMPTION OF HALOGENATED 8/HIDROXY/QUINOLINES
DICYCOMINE
DOBANEX/CANTHAXANTHIN
PURTUSSIS VACCINE
SKIN LIGHTENING AND/OR WHITENING PRODUCTS
9.10 Daños a la salud del sujeto sometido a ensayo, cuando éstos sean inherentes a la patología objeto de estudio.
9.11 Daños o perjuicios de los efectos secundarios propios de la medicación prescrita para

la patología objeto de estudio, o cuando sea consecuencia de que el sujeto sometido a ensayo, desoiga intencionadamente las prescripciones realizadas por las personas encargadas de llevar a cabo el mismo.
9.12 La evolución propia de su enfermedad, como consecuencia de la ineficacia del tratamiento.
.
CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS.
ANEXO 91 – RC MEDICA EN ENSAYOS CLÍNICOS Y/O EN PROGRAMAS DE UTILIZACION DE PROTESIS EXPERIMENTALES – BASE DE LA COBERTURA RECLAMO (CLAIMS MADE).
CLAUSULA 1 – GENERALIDADES.
Tenga a bien leer la totalidad de la Póliza cuidadosamente para determinar los derechos, obligaciones y exclusiones a la cobertura. Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente Contrato de Seguro y a las de la Ley 17.418. En caso de discordancia entre las condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas. Asimismo, de advertir alguna diferencia entre el presente contrato y el contenido del Formulario de Solicitud de Seguro, deberá efectuar el pertinente reclamo dentro del mes de recibida la Póliza; en caso contrario las modificaciones se considerarán tácitamente aceptadas (Art. 12 – Ley 17.418). La información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro remitido por el tomador y/o el Asegurado y/o su representante, como así también cualquier otra información adicional suministrada por ellos y/o en su nombre y representación constituyen las bases de la presente Póliza y quedan incorporadas a la presente. Al aceptar la presente Póliza, el Asegurado consiente que: 1. Contrata una cobertura de responsabilidad civil de base reclamo por lo que el asegurado será mantenido indemne por cuanto deba a un tercero en razón de su responsabilidad civil profesional si se cumplen necesariamente las siguientes dos condiciones: (1) el producto medicinal y/o prótesis experimental indicado y utilizado en el Protocolo de Investigación del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales y/o actos de praxis médica cometidos en ocasión de la ejecución de un Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales que da origen al reclamo ha sido practicado (según corresponda) durante la vigencia del seguro o, en el caso que haya sido otorgado, durante el período de retroactividad indicado en las Condiciones Particulares; y además (2) el reclamo del tercero originado en dicho producto o prótesis o acto debe ser realizado durante el plazo de vigencia de la póliza, sus sucesivas e ininterrumpidas renovaciones o, dentro de dos (2) años subsiguientes a su vencimiento o rescisión. El mero suministro o utilización de un producto medicinal y/o prótesis experimental o la mera ocurrencia del hecho o acto del que nace su eventual responsabilidad como asegurado (sin que haya un reclamo de un tercero) durante la vigencia del seguro no otorga la cobertura prevista en el presente contrato de seguro.
2. Todas las declaraciones e información contenida en el Formulario de Solicitud de Seguro y en el Protocolo de Investigación, así como la información adicional, constituyen declaraciones juradas y que la presente Póliza se emite con la presunción de veracidad acerca de tales declaraciones y, 3. En caso de falsedad o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado las condiciones, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato conforme el art. 5° y correlativos de la Ley N°17.418.

CLAUSULA 2 – PERSONAS ASEGURADAS. A los efectos del presente seguro, se consideran como asegurados el patrocinante o promotor del Ensayo y/o del Programa, el hospital o centro o institución donde se realicen los Ensayos y/o de los Programas, y demás personas físicas o jurídicas conforme se detallen en el Formulario de Solicitud de Seguro, conforme se detalla en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA 3 – RIESGO CUBIERTO. 3.1. El presente Contrato de Seguros proporciona cobertura de base reclamos de responsabilidad civil profesional derivada de un reclamo o reclamos por cualquier lesión, enfermedad o fallecimiento de Pacientes, causados o que se alegue que han sido causados, por:
a) la administración de productos medicinales y/o utilización de prótesis experimentales indicados en el Protocolo de Investigación del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales detallada en las Condiciones Particulares ("Producto Cuestionado"); y/o
b) actos de praxis médica del Asegurado cometidos en ocasión de la ejecución de un Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales detallado en las Condiciones Particulares ("Acto Cuestionado").
En ambos casos, la Aseguradora se compromete a mantener indemne al Asegurado por cuanto el Asegurado tenga la responsabilidad civil de pagar a un Paciente o a sus derechohabientes en virtud de los supuestos arriba contemplados con el alcance, límites (incluyendo la previa deducción del deducible estipulada en las Condiciones Particulares) y demás condiciones de la cobertura e indemnización previstos en la presente Póliza; siempre y cuando SE HAYAN CUMPLIDO LAS DOS CONDICIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACION:
a) que la utilización del Producto Cuestionado y/o que la comisión del Acto Cuestionado que haya generado la responsabilidad civil del Asegurado y ocasionado daños y perjuicios al o a los terceros reclamantes haya ocurrido con posterioridad a la fecha retroactividad indicada en las Condiciones Particulares y durante la vigencia del seguro; y
b) que el o los terceros reclamantes formulen su Reclamo y lo notifiquen fehacientemente por escrito durante el período de vigencia de esta póliza, sus sucesivas e ininterrumpidas renovaciones, dentro de dos (2) años subsiguientes a su vencimiento o rescisión.

3.2. ASISTENCIA JURÍDICA Y COSTOS:
La Aseguradora se compromete a:
- proveer asistencia legal, defensa y representación en procedimientos civiles relativos a reclamos cubiertos por esta Póliza según las disposiciones contenidas en este contrato, para lo cual, la Aseguradora designará a un Letrado.
- pagar los gastos derivados por reclamos, además de las sumas pagaderas a un Tercero en representación del Asegurado atento a la subrogación de esta Póliza, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Artículo 5.2 (límites en cuanto al monto).

3.3. FECHA DE RETROACTIVIDAD:
En caso de renovaciones consecutivas e ininterrumpidas de la presente Póliza se considerará como fecha de inicio retroactiva de la cobertura a la estipulada en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA 4 – DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS SEVEROS Y RECLAMOS.
4.1 DENUNCIA DE EVENTOS ADVERSOS SEVEROS:
El Asegurado deberá notificar por escrito, y en forma inmediata a la Aseguradora, cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. En especial, se acompaña a la presente el Anexo 1 que contiene una descripción enunciativa de hechos y/o circunstancias que minimamente el Asegurado se compromete a denunciar, denominado "Listado de Eventos Adversos Severos". Tal notificación deberá cursarse conforme al procedimiento establecido en el Anexo 2 en un plazo que no exceda los 10 días posteriores a que el Asegurado tomó conocimiento de los hechos y/o circunstancias (eventos adversos severos) relevantes. En la medida de lo posible, tal notificación deberá incluir una descripción completa de las particularidades del evento, hecho y/o circunstancia en cuestión, por ejemplo:
- lugar, tiempo y forma en que ocurrieron los hechos, y las circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo;
- nombre, domicilio, estado civil y profesión u ocupación de la persona lesionada o fallecida (según sea el caso), y el nombre y domicilio de cualquier testigo, y
- la naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Eventos Adversos Severos, como Anexo 2 de la presente Póliza.

4.2 FECHA DE COMISIÓN DEL PRESUNTO O CIERTO ACTO CUESTIONADO o DE UTILIZACIÓN DEL PRODUCTO CUESTIONADO:
En el caso que no se pueda determinar con exactitud la fecha en que se cometió el Acto Cuestionado o se utilizó el Producto Cuestionado respecto al cumplimiento del Protocolo de Investigación del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales, se considerará que tal acto se cometió en el momento en que ocurrió el primer hecho que, junto con otros hechos, conforman el Acto Cuestionado presunto o cierto; y en el caso de Productos Cuestionados se tomará como fecha de comisión del daño el momento en que se ingirió por primera vez el producto medicinal cuestionado y/o se colocó la prótesis experimentales indicada en el Protocolo de Investigación del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales de acuerdo a lo detallado en las Condiciones Particulares.
Si tampoco se puede determinar con exactitud el primer hecho, se considerará como fecha de comisión del Acto Cuestionado o de utilización del Producto Cuestionado, la fecha de comienzo del Ensayo Clínico o la fecha de colocación de la prótesis experimental durante los cuales es razonable presumir que se cometió el Acto Cuestionado o se utilizó el Producto Cuestionado.
Cuando varios o una serie de Actos Cuestionados o de Productos Cuestionados deban considerarse como uno solo e igual acto o producto, se entenderá que la fecha de comisión es la fecha en que se cometió el primer Acto Cuestionado o se utilizó el Producto Cuestionado, independientemente del momento en que se cometa cada Acto Cuestionado y/o se utilice el Producto Cuestionado y/o de la fecha en la que efectivamente se hagan los reclamos correspondientes.

4.3 PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA RECLAMOS:
El Asegurado se obliga a notificar al Asegurador por vía fehaciente el recibo de un reclamo derivado de un acto o producto eventualmente cubierto por esta póliza dentro del término perentorio de tres (3) días de haber tomado conocimiento y bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado (arts. 46, 47 y 115 de la Ley No. 17.418). A tal efecto, se acompaña un Formulario de Denuncia de Reclamos y el Procedimiento para la Denuncia de Reclamos como Anexo 2 de la presente Póliza. Asimismo, el Asegurado deberá enviar por el mismo medio y en el mismo plazo a la Aseguradora copia de tal reclamo y de cualquier intimación, carta, escrito, proceso, notificación, citación judicial, resolución judicial u otro escrito que se reciba en relación con el reclamo o demanda.

4.4 FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:
El reclamo se considerará presentado en el momento en el cual el Asegurado recibe la notificación de éste, siempre que notifique tal recepción a la Aseguradora en la forma dispuesta en la cláusula 4 inciso 3. En caso contrario, el reclamo se considerará presentado en el momento de la recepción de la notificación escrita (en copia) a la Aseguradora, sin perjuicio de la aplicación de lo previsto en la cláusula 4.3 inciso 3 y concordantes de la presente póliza.

4.5 ATRIBUCIÓN DEL EVENTO ADVERSO SEVERO. RENOVACIÓN DEL CONTRATO:
En caso de renovaciones consecutivas por parte del Asegurado del contrato de seguros, el

evento adverso según ya fuera definido, será atribuido a la póliza vigente en el momento en que se produzca el reclamo del tercero. En caso de no renovación del contrato o terminación de éste y existiendo reclamos posteriores a la finalización de la última vigencia hasta un plazo máximo de dos (2) años contados a partir de su terminación, el evento adverso, a todos sus efectos, se atribuirá a esa última cobertura vigente.

CLAUSULA 5 – LIMITES DE LA COBERTURA.
5.1 LÍMITE TEMPORAL:
La extensión de la cobertura bajo la presente Póliza se limita a reclamos que deriven de Actos Cuestionados cometidos y/o de Productos Cuestionados utilizados con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las Condiciones Particulares, cuando tales reclamos se denuncien durante la vigencia del Seguro, sus sucesivas e ininterrumpidas renovaciones, dentro de dos (2) años subsiguientes a su vencimiento o rescisión.

5.2 LÍMITE INDEMNIZATORIO:
a. Los límites de cobertura que figuran en las Condiciones Particulares y las reglas que figuran a continuación, especifican el monto máximo que la Aseguradora pagará independientemente del número de Asegurados; Actos Cuestionados y/o Productos Cuestionados; reclamos efectuados o reclamantes del Ensayo Clínico o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales del mismo Programa;
b. Cuando se efectuare más de un reclamo derivado del mismo Acto Cuestionado y/o Producto Cuestionado o de varios Actos Cuestionados y/o Productos Cuestionados que deban ser reputados como uno solo, tales reclamos se considerarán:
- como uno solo;
- como efectuados en el momento en que el primer "reclamo entre varios" fue realizado.
c. Cuando un reclamo o reclamos sea(n) efectuado(s) y denunciado(s) por primera vez luego de finalizada la última póliza contratada pero durante del plazo de los dos (2) años posteriores a la finalización del seguro, se considerará que tal reclamo o reclamos fueron efectuados durante el último año de Póliza.
d. La garantía del Asegurador comprende a) el pago de los gastos y costas judiciales y extrajudiciales para resistir la pretensión del tercero. Cuando el Asegurador deposite en pago la suma asegurada y el importe de los gastos y costas devengados hasta ese momento, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, se liberará de los gastos y costas que se devenguen con posterioridad; y b) el pago de las costas de la defensa penal cuando el Asegurador asuma esa defensa (art. 110 de la Ley de Seguros No. 17.418).
e. Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 3 incisos 1 y 2, la Aseguradora pagará por año de vigencia, como monto máximo total hasta el límite indicado como Límite Global Anual expresado en las Condiciones Particulares, independientemente de la cantidad de reclamos derivados de uno o más Actos Cuestionados y/o Productos Cuestionados utilizados en el Ensayo Clínico o en el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales. El remanente del Límite de Indemnización por año de vigencia, aplicable al último año de Póliza, es el máximo total que la Aseguradora pagará con relación a todos los reclamos efectuados y notificados por primera vez durante el plazo de los dos (2) años posteriores a la finalización del seguro, e incluye los gastos por reclamos efectuados con relación a los mismos.

CLAUSULA 6 – EXCLUSIONES.
6.1. LA PRESENTE PÓLIZA EXCLUYE DE SU COBERTURA:
a) Reclamos por gastos en que incurra el Comité de Ética y/o de Docencia e Investigación.
b) Reclamos originados en Ensayos Clínicos y/o Programas de Utilización de Prótesis Experimentales que excedan el número de Pacientes declarados en el Formulario de Solicitud de Seguros.
c) Reclamos originados en daños causados por las drogas, sustancias y/o productos medicinales suministrados durante la ejecución del Ensayo Clínico y/o Programa de Utilización de Prótesis Experimentales que no estén contemplados en el Protocolo de Investigación y cualquier reacción adversa a los mismos. Asimismo, se excluyen reclamos relacionados con el rechazo por parte del organismo del Paciente de la prótesis experimental.
d) Reclamos cuyo origen se deba a una condición intrínseca de la salud del Paciente y/o cuando éstos sean inherentes a la patología objeto de estudio en el Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales. También se excluyen los daños que se deban a la evolución propia de la enfermedad del Paciente como consecuencia de la ineficacia del tratamiento.
e) Reclamos relativos a la falta de alcance de los fines curativos previstos en el Ensayo Clínico y/o Programa de Utilización de Prótesis Experimentales. También se excluyen los reclamos originados por cualquier pérdida de chance del Paciente por participar en el Ensayo Clínico y/o Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.
f) Reclamos debidos a daños genéticos y enfermedades genéticas o hereditarias, tales como las cromosomopatías, metabolopatías, anomalías del óvulo, embrión o feto, así como la malformación o deformación congénita del niño. Reclamos de Pacientes que estaban embarazadas durante el Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.
g) Ensayos Clínicos y/o Programas de Utilización de Prótesis Experimentales que tengan por objeto asistir en o alterar en cualquier forma el proceso de la concepción y/o investigar o participar en métodos de contracepción y/o de sustitución de hormonas y/o el tratamiento con hormonas de crecimiento. Asimismo, se excluyen las responsabilidades resultantes de la aplicación de técnicas de reproducción asistida, Inseminación Artificial (IA), Fecundación in Vitro (FIV), Transferencia de Embriones (TE) y la Transferencia Intratubica (TIG) y la denominada ingeniería genética.
h) Daños que sean consecuencia del incumplimiento por el Paciente de las prescripciones

realizadas por las personas encargadas de llevar a cabo el Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.
i) Daños originados en actos médicos que tengan por objeto buscar otros beneficios y/u objetivos que aquellos originalmente establecidos en el Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales, aún cuando éstos sean ejecutados como consecuencia de la imposibilidad o dificultad de alcanzar los objetivos propuestos en el Ensayo Clínico y/o en el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.
j) Daños sufridos por Pacientes que participen en más de un Ensayo Clínico y/o Programa de Utilización de Prótesis Experimentales aún cuando sean conducidos y/o estén bajo la supervisión del mismo patrocinante o promotor y/o investigadores y/o se realicen en el mismo hospital o centro donde se realice el Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales asegurado por la presente póliza.
k) Reclamos derivados de Actos Cuestionados cometidos en el ejercicio de la profesión del Asegurado en actividades distintas al Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales asegurado por la presente póliza.
l) Reclamos derivados de Actos Cuestionados cometidos y/o de Productos Cuestionados utilizados con anterioridad a la fecha de retroactividad indicada en el ítem 3 de las Condiciones Particulares. Asimismo, se excluyen los reclamos efectuados fuera del período del Seguro; excepto lo dispuesto en el artículo 3.1.4. del presente contrato, referente a período prorrogado de denuncia de reclamos.
m) Reclamos derivados de Productos Cuestionados utilizados y/o de Actos Cuestionados cometidos fuera de los domicilios denunciados en el Formulario de Solicitud de Seguro tal como consta en la presente póliza como el o los lugares donde se desarrolla el Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales asegurado por la póliza.
n) Reclamos efectuados como consecuencia de Productos Cuestionados utilizados y/o de Actos Cuestionados cometidos fuera del marco del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales. La exclusión descripta en este apartado se aplicará también a la prestación de Actos del Buen Samaritano.
o) Reclamos habitualmente cubiertos bajo los términos y condiciones de un Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva, independientemente de si los mismos se encuentran verdaderamente cubiertos, o de si cualquier deducción resulta aplicable bajo tal Seguro.
p) Reclamos efectuados por dependientes del Asegurado en contra de éste, relativos a accidentes o enfermedades laborales acaecidos durante la relación laboral y como resultado de su empleo o contratación por el Asegurado.
q) Reclamos derivados de Actos Cuestionados ejecutados con dolo y/o de Productos Cuestionados utilizados dolosamente.
r) Reclamos derivados de Actos Cuestionados ejecutados bajo la influencia de sustancias tóxicas o narcóticas. Asimismo, se excluyen reclamos derivados de la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el Asegurado sabe o debiera saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un médico razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión que participara en Ensayos Clínicos y/o Programas de Utilización de Prótesis Experimentales, prestando servicios y/o tratamientos a pacientes en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
s) Reclamos derivados de ofensas sexuales, incluyendo pero no de forma taxativa los actos que constituyen una ofensa a la moral conforme a lo descrito en el Código Penal.
t) Reclamos derivados de la violación a la obligación profesional de confidencialidad.
u) Reclamos derivados de cualquier acuerdo, contrato o compromiso del Asegurado, en virtud del cual, se hubiere comprometido un resultado, efecto o éxito.
v) Reclamos debidos a lesiones, enfermedades o fallecimientos causados por, o derivados de:
1. guerra, invasión, acciones de un enemigo extranjero, hostilidades (sea en un estado de guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, huelga, terrorismo, revolución, insurrección, gobierno militar, usurpación de poder, guerrilla, motín o sedición;
2.a) radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva procedente de cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho nuclear de la combustión de combustible nuclear.
b) Las propiedades radioactivas (salvo por las de uso habitual médico), tóxicas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto nuclear o componente nuclear del mismo.
w) Reclamos debidos a enfermedades o muerte causadas por sangre contaminada con el HIV administrada a un Paciente.
x) Reclamos por reintegro de sumas abonadas por el Paciente u otra persona física o jurídica por cuenta del Paciente, con relación a la provisión de servicios y/o tratamientos;
y) Los daños provocados por toda clínica, Sanatorio, Hospital o de cualquier otro centro de asistencia donde el profesional médico desempeñe tareas, ya sea en forma esporádica, habitual o excepcional.
z) Los daños provocados por otras personas, ya sean médicos o no, que no estén específicamente cubiertos por esta Póliza aún cuando participen en el Ensayo Clínico y/o en el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales, aunque hubieran colaborado con el Asegurado y/o hubieran participado en los hechos que den lugar al reclamo de manera indirecta y/o directa.
aa) Productos utilizados y/o actos ocurridos y amparados por coberturas otorgadas por otras Aseguradoras a través de pólizas vigentes con anterioridad a la presente.
bb) Reclamos por daños sufridos por niños menores de 12 años que participen en Ensayos Clínicos y/o Programas de Utilización de Prótesis Experimentales.

6.2. A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA NO SE CONSIDERAN TERCEROS:
6.2.1. El cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad y la concubina.
6.2.2. Las personas en relación de dependencia con el Asegurado en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo.

CLAUSULA 7 – CARGAS DEL ASEGURADO.
De conformidad con la Ley de Seguros 17.418 el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a todas y cada una de sus obligaciones y cargas, entre las que pasamos a enumerar en forma enunciativa – y no taxativa – y sin perjuicio de las descriptas a lo largo de este Contrato y sus partes componentes, las siguientes;
a. Guardar toda la documentación o copia completa de la misma y registros con descripciones precisas de todos los tratamientos y servicios prestados en el Ensayo Clínico y/o Programa de Utilización de Prótesis Experimentales, incluyendo registros relativos al mantenimiento y/o control y/o experiencias realizadas con los equipos utilizados en la prestación de tales servicios y tratamientos. La Aseguradora podrá, en cualquier momento, inspeccionar y utilizar tales registros.
b. Conservar los registros mencionados precedentemente por un período de por lo menos 2 años desde la fecha de terminación del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimental o de la finalización de la última póliza contratada, lo que ocurra último.
c. Informar a la Aseguradora (i) cualquier modificación del Protocolo de Información del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales; (ii) cualquier reacción adversa grave o inesperada que se observe en los Pacientes; (iii) cambio de domicilio de los Pacientes, (iv) cualquier modificación en la nómina de los participantes del Ensayo y/o Programa, incluyendo los profesionales y auxiliares, de modo de permitir a la Aseguradora a realizar las correspondientes altas y bajas; y (v) la suspensión del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales así como también de su reanudación. En el caso que la suspensión y/o su reanudación sean resueltas por Autoridad Competente, se anexará una copia de la resolución administrativa de suspensión o la de su levantamiento, según corresponda. Esta información deberá ser realizada por medio fehaciente en el término de 48 horas de producido el evento aquí contemplado si es conocido por el Asegurado o debiera serlo, o, en su defecto, desde el momento en que el Asegurado ha tomado conocimiento de tal evento.
d. Además:
– entregar a la Aseguradora, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estas puedan solicitar a los efectos de determinar y/o reducir los límites de responsabilidad de la Aseguradora en virtud de la Póliza;
– colaborar con la Aseguradora, con todas sus posibilidades y medios a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a éstas para que puedan procurar la obtención de tales registros y cualquier otro documento o información, cuando éstos no estén en posesión del Asegurado.
– cooperar con la Aseguradora en la investigación, acuerdo extrajudicial o defensa, de todo reclamo o litigio;
– colaborar con la Aseguradora para hacer valer cualquier derecho contra cualquier persona física o jurídica que pueda (también) ser directa, indirecta, u objetivamente responsable por el reclamo efectuado en contra del Asegurado.
e. El Asegurado deberá:
– permitir el ejercicio de los derechos de reintegro de todo o parte de cualquier suma que el Asegurado tenga la responsabilidad legal de pagar al reclamante; y/o
– transmitir sus derechos de repetición a la Aseguradora ante el primer requerimiento de ésta.
f. El Asegurado, sea por sí o por medio de representantes, no podrá efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos – con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial – oferta, promesa, pago o indemnización, sin el previo consentimiento por escrito de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de asumir y llevar adelante la defensa o el arreglo extrajudicial de cualquier reclamo en nombre del Asegurado. Asimismo, la Aseguradora podrá, en nombre del Asegurado y para su propio beneficio, proseguir con las acciones judiciales basadas en el reclamo y tendrá plena discrecionalidad en la conducción de los procesos y acuerdos extrajudiciales que puedan derivar de cualquier reclamo. La Aseguradora a su sólo arbitrio determinará la oportunidad y forma de establecer una transacción que ponga fin a las cuestiones que se susciten entre las partes y/o Terceros por aplicación de la cobertura. Esta facultad deberá hacerse constar expresamente en el poder que el Asegurado otorgue a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 10. El Asegurado deberá prestar a la Aseguradora toda la asistencia razonable y las autorizaciones que ésta podrá requerir; comprometiéndose a abonar dentro de las 48 horas de recibido el requerimiento, los importes correspondientes a su participación (deducible), en caso de corresponder.

CLAUSULA 8 – CANCELACIÓN DEL CONTRATO.
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando la Aseguradora ejerza este derecho, dará un preaviso no menor a quince días al Asegurado. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión a la Aseguradora.
La rescisión se computará desde la hora 12 PM inmediata al día siguiente, del día de la notificación de la cancelación.
Si la Aseguradora ejerce el derecho de rescisión, la prima será devuelta proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada calculada a período corto por el tiempo transcurrido, según las tablas de período corto aplicables.
8.1 SUPUESTOS DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA/ COBERTURA EN VIRTUD DE LA PÓLIZA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de ella al Asegurado, podrá cancelarse en las siguientes circunstancias:
a. falta de pago del premio y/o de cualquier otra suma exigible al Asegurado por parte de la

Aseguradora;
b. cualquier intento del Asegurado de defraudar a la Aseguradora, con el objeto de obtener ilegítimamente la contratación de una póliza y/o beneficios que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese conocido adecuadamente el verdadero estado del riesgo, incluyendo sin limitación, supuestos de reticencia dolosa (artículo 8 y concordantes de la Ley 17.418) y seguros plurales con la intención de enriquecimiento indebido (artículo 68 y concordantes de la Ley 17.418).
c. cualquier cambio en la legislación o reglamentación vigente al momento de la contratación de la póliza que implique un agravamiento del riesgo en forma actual o futura;
d. el recibo por la Aseguradora de una notificación de cualquier alteración que pueda afectar en forma sustancial el riesgo.
e. la falta de colaboración por parte del Asegurado ante los requerimientos e inspecciones de la Aseguradora, a los efectos de la Administración del Riesgo, como así también el incumplimiento de las sugerencias que la(s) persona(s) designada(s) por la Aseguradora para llevar a cabo estas tareas puedan realizar para un mejor manejo del riesgo en curso.
f. la pérdida de la calificación y/o falta de requisitos para el desarrollo del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.

8.2 CONSECUENCIAS DE LA CANCELACIÓN: PREMIO:
En caso de producirse la cancelación automática de la presente Póliza, la Aseguradora sólo retendrá la porción devengada del premio computado sobre una base diaria calculada a período corto hasta la fecha en que se efectivice tal cancelación.

8.3 APLICABILIDAD – FECHAS DE VIGENCIA:
La presente Póliza o la cobertura otorgada en virtud de la presente Póliza quedará cancelada en forma automática en caso de cancelación por Autoridad Competente del Ensayo Clínico y/o del Programa de Utilización de Prótesis Experimentales, a partir de la fecha de cancelación de dicho Ensayo o Programa.
.
CLAUSULA 9 – PAGO DEL PREMIO.
9.1. El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador aceptase, cuotas mensuales, iguales y consecutivas (expresadas en pesos o en moneda extranjera según lo establecido en las Condiciones Particulares, en las que contará asimismo el plazo de pago de las cuotas).
En las Pólizas, endosos y certificados de cobertura deberán consignarse la duración de la vigencia pero no el comienzo de la mismo, que solo tendrá lugar a la cero (0) hora del día siguiente a la fecha de pago. Ello sólo quedará acreditado con el recibo oficial correspondiente. En caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del artículo 5° de la ley de Impuesto al Valor Agregado. Quedan excluidos del presente régimen los seguros de caución y de granizo. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de las mismas.

9.2 Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) 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 período transcurrido desde el inicio hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de póliza sobre la rescisión por causa imputable al Asegurado.
La gestión del cobro extrajudicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulado fehacientemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

9.3 El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en 30 (treinta) días.

9.4 Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premio de seguros de período menor de (1) un año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

9.5 Cuando la primera 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 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

9.6 Resoluciones N° 429/2000, 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía
Los sistemas habilitados para la cancelación de premios son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de Crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de la siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.
Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los sistemas previstos.

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

CLAUSULA 10 – DEFENSA EN JUICIO CIVIL.
La cobertura hasta el límite máximo de la suma asegurada, comprende la defensa en sede judicial del Asegurado conforme lo establece la Cláusula 5.2. del presente. Razón por la cual y en caso de demanda judicial civil contra él/los Asegurado/s, éste/os debe/n dar aviso fehaciente de la demanda promovida a más tardar al día siguiente hábil de conocido/s y remitir simultáneamente, la cédula, copias y demás documentos objeto de la notificación a la Aseguradora. A tal efecto, se acompaña el Procedimiento para la Denuncia de Demandas como Anexo 2 de la presente Póliza.
La Aseguradora debe asumir o declinar la defensa. Se entenderá que la Aseguradora asume la defensa si no la declinare mediante aviso fehaciente al Asegurado dentro de los dos días hábiles de recibida la información y documentación referente a la demanda. En caso que la asuma, la Aseguradora designará a los profesionales, quienes representarán y patrocinarán al Asegurado; éste queda obligado a suministrar sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba que disponga y otorgar en favor de el/los profesional(es) designado(s), el poder para el ejercicio de la representación judicial, 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.
La Aseguradora podrá en cualquier tiempo declinar en el juicio la defensa del Asegurado. Si la Aseguradora no asumiera la defensa en el juicio o la declinara, el Asegurado debe asumirla y suministrarle a aquella, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio.
La asunción por la Aseguradora de la defensa, implica la aceptación de su responsabilidad frente al Asegurado, salvo que posteriormente la Aseguradora tomara conocimiento de hechos eximentes de su responsabilidad, en cuyo caso deberá declinarla, dentro de los 15 días hábiles de dicho conocimiento.
Si se dispusieran medidas precautorias sobre bienes del Asegurado, este no podrá exigir que la Aseguradora las sustituya.
La cobertura por parte de la Aseguradora de los honorarios y gastos judiciales de defensa en juicio civil sólo se otorga en la medida que sea efectuada por la(s) persona(s) designada(s) por la Aseguradora al/a los que, el Asegurado deberá otorgar los respectivos poderes, razón por la cual de ejercer el Asegurado la defensa por intermedio de sus propios letrados, correrán por su exclusiva cuenta los correspondientes honorarios y gastos judiciales. La garantía del Asegurador comprende a) el pago de los gastos y costas judiciales y extrajudiciales para resistir la pretensión del tercero. Cuando el Asegurador deposite en pago la suma asegurado y el importe de los gastos y costas devengados hasta ese momento, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, se liberará de los gastos y costas que se devenguen con posterioridad; y b) el pago de las costas de la defensa penal cuando el Asegurador asma esa defensa (art. 110 de la Ley de Seguros No. 17.418).

CLAUSULA 11 – PROCESO PENAL.
Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso la Aseguradora. Esta, dentro de los 2 días de recibir tal documentación, deberá expedirse sobre si asumirá o no la defensa. Si la defensa no fuese asumida por la Aseguradora, 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 la Aseguradora participara en la defensa, las costas a su cargo se limitarán a los honorarios de los profesionales que hubiere designado al efecto. Si en el proceso penal se incluyera reclamación pecuniaria en función de lo dispuesto por el Art. 29 del Código Penal, será de aplicación lo previsto en el artículo 10.

CLAUSULA 12 – VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO.
La Aseguradora a un profesional para verificar el siniestro y la extensión de la cobertura a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete a la Aseguradora; es únicamente un elemento de juicio para que este pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado. El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLAUSULA 13 – COMPUTO DE LOS PLAZOS.
Todos los plazos de días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CLAUSULA 14 – PRORROGA DE JURISDICCIÓN.
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la

Póliza.

CLAUSULA 15 – ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
15.1 SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:
La Aseguradora proveerá los servicios de administración de riesgos que sean apropiados para el ejercicio de la profesión asegurada.

CLAUSULA 16 – MANEJO DE LOS RECLAMOS Y DISPOSICIONES RELATIVAS AL ACUERDO EXTRAJUDICIAL.
Si no prosperase el acuerdo extrajudicial propuesto por la Aseguradora con relación a la responsabilidad emergente en virtud del reclamo, por oponerse a éste el tomador y/o el Asegurado, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos adicionales por los daños, intereses y costos que excedan el monto total que fuera acordado extrajudicialmente a la fecha de la oposición, cuando ésta comunique fehacientemente la circunstancia al Asegurado.

CLAUSULA 17 – ADVERTENCIAS AL ASEGURADO.
1. Advertencia sobre los alcances de la cobertura: esta Póliza no ampara los reclamos derivados de denuncias efectuadas fuera de los términos y plazos taxativamente expuestos en el Art. 4° de la presente Póliza.

2. De conformidad con la Ley de Seguros, el Asegurado incurrirá en caducidad de la cobertura si no da cumplimiento a sus obligaciones y cargas, las principales de las cuales se mencionan seguidamente para su mayor ilustración con indicación del artículo pertinente de dicha Ley, así como otras normas de su especial interés y sin perjuicio de las emergentes de las condiciones generales específicas.

3. RETICENCIA: reticencia o falsedad de circunstancias conocidas por el Asegurado en las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro o en la información adicional suministrada, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado las condiciones, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato conforme el art. 5° y correlativos de la Ley N° 17.418.

4. MORA AUTOMÁTICA – DOMICILIO: Toda denuncia o declaración impuesta por esta Póliza o por la Ley debe realizarse en el plazo fijado al efecto. El domicilio donde efectuarlas, será el último declarado (Artículos 15 y 16 de la Ley 17.418).

5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Toda agravación del riesgo asumido, es causa especial de rescisión del Seguro y cuando se deba a un hecho causado por el Asegurado, produce la suspensión de la cobertura de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley 17.418.

6. EXAGERACIÓN FRAUDULENTA O PRUEBA FALSA DE SINIESTRO O DE LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS: El Asegurado pierde el derecho de ser indemnizado en estos casos, tal como lo establece el Artículo 48 de la Ley 17.418.

7. PROVOCACIÓN DE SINIESTRO: la Aseguradora queda liberada si el siniestro es provocado por el Asegurado dolosamente o por culpa grave, conforme a los Artículos 70 y 114 de la Ley 17.418.
8. COBERTURA FINANCIERA: se deja constancia que por el tipo de cobertura que se trata (CLAIMS MADE O BASE RECLAMOS) para que un determinado reclamo tenga cobertura bajo la presente póliza es necesario que tanto al momento del reclamo como en el momento del Acto Cuestionado y/o de la utilización del Producto Cuestionado, el Asegurado no se encuentre en mora en el pago de los premios.

CLAUSULA 18 – DEFINICIONES.
En la presente Póliza, el término "Aseguradora", hace referencia a NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. El término "Asegurado" hace referencia al tomador y se extiende a toda persona que reúna los requisitos para ser Asegurado según lo establecido en el Artículo 2 de la Póliza. Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa, y los pronombres que denoten género se aplicarán a los dos géneros.

18.1 RECLAMO SIGNIFICA:
Cualquier notificación por escrito cursada por un tercero que contenga:
- un reclamo de indemnización por cualquier Producto Cuestionado y/o Acto Cuestionado presunto o cierto o,
- la expresión de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier Producto Cuestionado y/o Acto Cuestionado.

18.2 GASTOS POR RECLAMOS, SIGNIFICA:
- todos los gastos en concepto de asistencia legal que sean razonablemente necesarios, que haya efectuado el Asegurado con el consentimiento de la Aseguradora, a los efectos de realizar la investigación, liquidación, acuerdo extrajudicial, o defensa de cualquier reclamo, quedando expresamente excluidos los salarios de los dependientes, funcionarios y directores del Asegurado así como también sus gastos administrativos. A los efectos de la presente, los gastos en que la Aseguradora incurra en nombre del Asegurado serán considerados como gastos del Asegurado;
- todos los gastos cuyo pago el Asegurado sea condenado a pagar en juicio;

18.3 ACTO DEL BUEN SAMARITANO SIGNIFICA:

El tratamiento administrado en la escena de una emergencia médica, accidente o catástrofe por el Asegurado que se encuentre presente "in situ" ya sea por casualidad, o por responder a un pedido de ayuda (SOS) luego de producida la catástrofe.

18.4 ENSAYO CLINICO SIGNIFICA:
Estudios planificados cuyo objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de uno o más medicamentos frente a otro u otros, incluyendo placebos, siempre que dicho estudio sea realizado en el territorio de la República Argentina.

18.5 PROGRAMA DE UTILIZACION DE PROTESIS EXPERIMENTALES SIGNIFICA:
Estudios planificados cuyo objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de una prótesis experimental realizados en el territorio de la República Argentina.

18.6 PROTOCOLO DE INVESTIGACION SIGNIFICA
Es el documento que contiene y explica los fundamentos y la ejecución del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales aprobado por la Autoridad Competente del lugar donde se realice el Ensayo y del Programa.

18.7 ACTO CUESTIONADO SIGNIFICA:
Cualquier acto de praxis médica o paramédica ejecutado con culpa (negligencia, impericia, imprudencia, e inobservancia) durante la ejecución de un Protocolo de Investigación realizado durante la ejecución del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales.
Varios o una serie de Actos Cuestionados que estén relacionados entre sí, sea que deriven uno del otro, o que tengan la misma fuente de origen, o que sean el resultado de una misma e idéntica causa, o que se cometan dentro del marco del mismo Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales del mismo Paciente serán considerados como un solo Acto Cuestionado.

18.8 PRODUCTO CUESTIONADO SIGNIFICA:
Todo producto medicinal y/o prótesis experimental indicados en el Protocolo de Investigación del Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales detallada en las Condiciones Particulares suministrado por el Asegurado.
Varios o una serie de Productos Cuestionados que estén relacionados entre sí, sea que deriven uno del otro, o que tengan la misma fuente de origen, o que sean el resultado de una misma e idéntica causa, y que se utilicen dentro del marco del mismo Ensayo Clínico y/o el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales del mismo Paciente serán considerados como un solo Producto Cuestionado.

18.9 PACIENTE SIGNIFICA:
Cualquier persona, mayor de edad, que resida de manera habitual en el territorio de la República Argentina y que, habiendo firmado el consentimiento informado aprobado por Autoridad Competente, participe de manera voluntaria en el Ensayo Clínico y/o en el Programa de Utilización de Prótesis Experimentales. Los menores de edad, mayores de 12 años, solamente podrán participar con la debida autorización por ambos padres, o en su defecto, del padre que tenga patria potestad.

18.20 PÓLIZA SIGNIFICA:
El presente Contrato, el Formulario de solicitud de Seguro y la información en él contenida, sus Anexos, los apéndices y los endosos emitidos por la Aseguradora.

18.21 AUTORIDAD COMPETENTE SIGNIFICA:
Todos los organismos y dependencias públicas creadas o por crearse, del estado nacional, provincial o municipal y los poderes ejecutivo, legislativo o judicial en todas sus expresiones y formas, tanto ministerios y secretarías como demás dependencias estatales, sean de la administración central, descentralizada, entes autárquicos y autónomos, entidades privadas de derecho público, universidades nacionales y provinciales, entes reguladores o de contralor, cualquiera fuera su índole, naturaleza o denominación, sin limitación o exclusión ninguna, incluyendo a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentación y Tecnología Médica (ANMAT).

CLAUSULA 19 – OTRO SEGURO.
Este Seguro no ampara ningún siniestro que, al momento de descubrirse, estuviese cubierto, o lo estaría de no ser por la existencia de esta Póliza, por cualesquiera otra(s) póliza(s), excepto cualquier monto en exceso (siempre que no exceda los límites de esta póliza) del monto que se hubiese pagado bajo dicha póliza(s) incluyendo el deducible que eventualmente correspondiese aplicar bajo la(s) misma(s) de no estar vigente la presente Póliza.

CLAUSULA 20 – MONEDA EXTRANJERA
Los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato, se efectuarán en la moneda estipulada en las Condiciones Particulares.
Si la moneda prevista no fuera la de curso legal en la República Argentina y como consecuencia de cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible la obtención de las divisas en el mercado, o si por cualquier otra circunstancia, los pagos no se efectuasen en la moneda pactada, los mismos deberán ser satisfechos en pesos, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la Nación Argentina, al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de efectivo pago de cada obligación.

Si por cualquier circunstancia no pueden realizarse los pagos mediante el párrafo anterior se procederá de acuerdo con las siguientes opciones.
a. utilizando como pauta de conversión la cotización de un título público emitido por el Gobierno Nacional Argentino que cotice en la moneda del contrato en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, o en su defecto, en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos. La elección del título público y del mercado será facultad del Tomador y deberá contar con la aprobación del Asegurador.
b. si no existieran títulos públicos emitidos por el Gobierno Nacional Argentino que cotizaran en la moneda prevista, se efectuarán los pagos en moneda de curso legal en la República Argentina, de acuerdo con su cotización en la moneda extranjera prevista del día hábil inmediato anterior al pago, tipo comprador en el Mercado de Nueva York. Si allí no cotizara, se tomará la cotización en alguno de los mercados internacionales de mayor volumen de movimientos, a elección del Tomador con la aprobación del Asegurador.
.
CLAUSULA 300 - RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE EN SEGUROS:
-La lucha contra el fraude es uno de los principales retos de la industria aseguradora mundial.
En NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS trabajamos para que los hechos fraudulentos no afecten el costo de las primas que el Asegurado debe afrontar.
Para ellos transmitimos ALERTAS para que nuestros Asegurados puedan minimizar convertirse en víctimas de los mismos.
Recuerden que pueden ser voluntaria o involuntariamente implicados en una maniobra de fraude. Siempre existe el riesgo de que alguna persona con muy malas intenciones los induzcan a realizar prácticas que están por fuera de la ley.
1. El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
2. Las declaraciones falsas o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que de ser tomadas en cuenta hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, hacen nulo el contrato, resultando de mayor gravedad las consecuencias frente a actitudes dolosas o de mala fe.
3. El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando se engaña a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho.
4. Nunca deben firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
5. Nunca deben aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
6. Nunca deben avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
7. Nunca deben facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.
8. Recuerden que deben formular la denuncia del acaecimiento del siniestro. Procuren formalizar dicha denuncia y que le sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.
9. Tengan presente que sus coberturas pueden tener limitaciones, en orden a ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos "de scoring", en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas, que deben ser respetadas.
10. Deben estar advertidos respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.
11. Si bien esta permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades. No es lícito que la indemnización supere el monto de daño sufrido, como tampoco perseguir el cobro respecto de un siniestro que ya fue reparado por alguna otra aseguradora.
12. Siempre deben consultar con su aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
Ante cualquier duda, les solicitamos se comuniquen con nosotros al 11-5239-2030 interno 104 ó a antifraude@nobleseguros.com.
Las presentes alertas de NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS se ajustan a las Pautas mínimas y obligatorias para el desarrollo de "Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude" que requiere la Superintendencia de Seguros de la Nación a través de la Resolución Nº 38.477.
.
CLAUSULA 401 - RC COMRENSIVA - RIESGOS EXCLUIDOS - CONDICION GENERAL ESPECIFICA.
El Asegurador no cubre, salvo pacto en contrario, la responsabilidad del Asegurado en cuanto sea causada por o provenga de:
a) Obligaciones Contractuales.
b) La tenencia, uso o manejo de vehículos aéreos y terrestres o acuáticos auto propulsados o remolcados.
c) Transmisión de enfermedades.
d) Daños a cosas ajenas que se encuentren en poder del Asegurado o miembros de su familia, por cualquier título salvo lo previsto en el inciso h.
e) Efectos de temperatura, vapores, humedad, filtraciones, desagües, roturas de cañerías, humo, hollín, polvo, hongos, trepidaciones de máquinas, ruidos, olores y

luminosidad.
f) Suministro de productos o alimentos.
g) Daños causados a inmuebles vecinos por excavaciones o por un inmueble del Asegurado.
h) Escape de gas, incendio o explosión o descargas eléctricas, a no ser que ocurra en la vivienda
permanente o temporaria del Asegurado.
i) Animales o por la transmisión de sus enfermedades.
j) Ascensores o montacargas.
k) Hechos de tumulto popular o lock-out.
l) La responsabilidad que surja del Artículo 1710 del Código Civil y Comercial de la Nacion".
.
CLAUSULA ADICIONAL 403- INCENDIO, RAYO, EXPLOSIÓN, DESCARGAS ELÉCTRICAS Y ESCAPES DE GAS
1. RIESGO CUBIERTO
CONTRARIAMENTE A LO EXPRESADO EN LA CLÁUSULA 4 - RIESGOS NO ASEGURADOS, INCISO H) DE LAS CONDICIONES GENERALES PARA LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL, EL ASEGURADOR SE OBLIGA A MANTENER INDEMNE AL ASEGURADO POR CUANTO DEBA A UN TERCERO COMO CONSECUENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE SURGE DE LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DEL FUEGO, RAYO, EXPLOSIÓN, DESCARGAS ELÉCTRICAS Y ESCAPES DE GAS. EL ASEGURADOR AMPLÍA SU RESPONSABILIDAD A CUBRIR LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR:
A) LOS GENERADORES DE VAPOR CON UN VOLUMEN TOTAL NO SUPERIOR AL TOTAL DE LITROS ESTABLECIDOS EN EL FRENTE DE PÓLIZA, (1)
B) LAS CALDERAS TIPO DOMÉSTICAS PARA AGUA CALIENTE Y/O CALEFACCIÓN DE NO MÁS DE LAS KCAL/HORA ESTABLECIDAS EN EL FRENTE DE PÓLIZA, (2)
C) LOS CALENTADORES DE AGUA POR ACUMULACIÓN (TERMOTANQUES), DE UNA CAPACIDAD NO MAYOR A LA TOTALIDAD DE LITROS ESTABLECIDOS EN EL FRENTE DE PÓLIZA. (3)
ASIMISMO SE CUBREN LOS CIRCUITOS DE LAS INSTALACIONES TÉRMICAS DE CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE DEL FLUIDO A PARTIR DE LA PRIMERA VÁLVULA DE CIERRE UBICADA CON POSTERIORIDAD AL GENERADOR O DEL COLECTOR EN EL CASO DE CONTARSE CON DICHO ELEMENTO Y LAS MÁQUINAS Y ARTEFACTOS QUE RECIBEN Y UTILIZAN EL MISMO.
ASIMISMO SE CUBREN LOS CIRCUITOS DE LAS INSTALACIONES TÉRMICAS DE CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE DEL FLUIDO A PARTIR DE LA PRIMERA VÁLVULA DE CIERRE UBICADA CON POSTERIORIDAD AL GENERADOR O DEL COLECTOR EN EL CASO DE CONTARSE CON DICHO ELEMENTO Y LAS MÁQUINAS Y ARTEFACTOS QUE RECIBEN Y UTILIZAN EL MISMO.
2. EXCLUSIONES
QUEDA EXCLUIDA DE LA PRESENTE COBERTURA LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE LOS DAÑOS QUE PODRÍAN PRODUCIR EL USO DE LA O LAS INSTALACIONES FIJAS DESTINADAS A PRODUCIR, TRANSPORTAR O UTILIZAR VAPOR Y/O AGUA CALIENTE YA SEA CON UN FIN INDUSTRIAL, DE SERVICIOS O CONFORT O DE ACEITE CALIENTE PARA CALEFACCIÓN DE PROCESOS, INCLUIDAS LAS FUENTES GENERADORAS DE CALOR Y SISTEMAS DE VÁLVULAS Y COLECTORES HASTA LA CONEXIÓN DE LOS MISMOS CON EL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN Y CIRCULACIÓN DE LÍQUIDOS Y FLUIDOS.
NOTA (1): LA COBERTURA OTORGADA NO PODRÁ SER SUPERIOR A 45 LITROS
NOTA (2): LA COBERTURA OTORGADA NO PODRÁ SER SUPERIOR A 90.000 KCAL/HORA
NOTA (3): LA COBERTURA OTORGADA NO PODRÁ SER SUPERIOR A 800 LITROS
.
CLAUSULA ADICIONAL 404.- CARTELES Y/O LETREROS Y/O ANTENAS Y/U OBJETOS AFINES

CONTRARIAMENTE A LO EXPRESADO EN LA CLÁUSULA 3 - RIESGOS EXCLUIDOS, INCISO C) DE LAS CONDICIONES DE COBERTURA ESPECÍFICAS PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA, EL ASEGURADOR CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR LOS DAÑOS OCASIONADOS A TERCEROS POR LA INSTALACIÓN, USO, MANTENIMIENTO, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DEL O DE LOS CARTELES Y/O LETREROS Y/O ANTENAS Y/U OBJETOS AFINES Y SUS PARTES COMPLEMENTARIAS, QUE SE ENCUENTRAN EN EL O LOS LOCALES DONDE EL ASEGURADO HABITUALMENTE REALIZA SUS ACTIVIDADES DETALLADAS EN EL FRENTE DE PÓLIZA. ASIMISMO QUEDAN IGUALMENTE CUBIERTAS, CONTRARIAMENTE A LO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA 4 - RIESGOS NO ASEGURADOS, INCISO H) DE LAS CONDICIONES GENERALES PARA LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL, LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERADA POR INCENDIO Y/O DESCARGAS ELÉCTRICAS DE O EN LAS CITADAS INSTALACIONES.
.
CLAUSULA ADICIONAL 405 - Ascensores y Montacargas

Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 4 - Riesgos no Asegurados, inciso j) de las Condiciones Generales para los Seguros de Responsabilidad Civil, el Asegurador cubre los daños producidos por el uso de los ascensores y/o montacargas mencionados en el Frente de Póliza.

Esta cobertura es independiente de la que deba ser amparada por un seguro específico.
.
CLAUSULA ADICIONAL 406- Instalaciones a Vapor, Agua Caliente o Aceite Caliente
1. Riesgo Cubierto
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 3 - Riesgos Excluidos, inciso d) de las Condiciones de Cobertura Específicas para el Seguro de Responsabilidad Civil Comprensiva el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la Responsabilidad Civil extracontractual en que incurra como propietario de la o las instalaciones fijas cuya naturaleza y ubicación se detallan en el Frente de Póliza, instalaciones destinadas a producir, transportar o utilizar vapor y/o agua caliente ya sea con un fin industrial, de servicios o confort o de aceite caliente para calefacción de procesos, incluidas las fuentes generadoras de calor y sistemas de válvulas y colectores hasta la conexión de los mismos con el sistema de distribución y circulación de líquidos y

fluidos.
Es condición de esta cobertura que tal Responsabilidad sea la consecuencia de daños que podría producir el uso de las instalaciones a las personas o bienes de terceros, a causa de explosión, incendio o escape de agua caliente, vapor o aceite caliente o bien del combustible que fuese utilizado para calentar el agua o aceite y que las características del inmueble y las actividades que se desarrollen en el mismo coincidan con la descripción enunciada en el Frente de Póliza.
Ampliando lo dispuesto en el último párrafo de la Cláusula 2 – Riesgo Cubierto de las Condiciones Generales para los Seguros de Responsabilidad Civil se aclara que si bien el portero encargado u otras personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado, en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo, no se considerarán terceros, quedan comprendidos en la cobertura los daños producidos a los bienes de las mismas como así también los producidos a las personas de sus familiares.
Se aclara a la vez que en caso de un seguro que cubra el consorcio de un edificio dividido en propiedad horizontal, los consorcistas, sus parientes y su personal de servicio doméstico o sus empleados se consideran terceros a los efectos de esta póliza y los bienes muebles de su propiedad, como así también las "partes exclusivas" del edificio perteneciente a los distintos consorcistas se consideran bienes de terceros.
2. Exclusiones
Quedan, por otra parte, excluidos de la cobertura los daños causados a las "partes comunes" del edificio.
El Asegurador no cubre la Responsabilidad del Asegurado por daños causados por infiltraciones provenientes de las cañerías de líquidos o vapor al edificio donde se encuentre la instalación objeto del seguro, ni por daños a los bienes que se hallen en dicho edificio.
Por otra parte en la medida en que los daños sean comprendidos en la cobertura que establecen los dos primeros párrafos de esta Cláusula, quedan sin efecto las exclusiones de cobertura dispuestas en los incisos d), e) y h) de la Cláusula 4 –Riesgos no Asegurados, de las Condiciones Generales para los Seguros de Responsabilidad Civil
.
CLAUSULA ADICIONAL 407– Suministro de Alimentos
Contrariamente a lo expresado en la Cláusula 4 – Riesgos no Asegurados, inciso f) de las Condiciones Generales para los Seguros de Responsabilidad Civil se amplía a cubrir la Responsabilidad Civil como consecuencia del suministro de alimentos a invitados.

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POLIZA No.: 8306563

MUY IMPORTANTE

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA DE RECLAMOS

RECLAMOS
(Art. 4.3 – Seguro Mala Praxis Médica)

CONCEPTO: Cualquier notificación por escrito cursada por un tercero que contenga:
1) Un reclamo de indemnización por cualquier acto de mala praxis médica presunto o cierto.
2) La expresión de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier acto de mala praxis médica .

PLAZO: Dentro de las setenta y dos (72) horas.

INICIO DE CÓMPUTO: Desde recibido el reclamo.

CÓMPUTO DEL PLAZO: Horas hábiles.

FORMA: Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2).

CONTENIDO:
1) Consignar la fecha en la cual se recibió la cédula o instrumento por el cual fueron notificados.
2) Descripción completa de las particularidades del hecho.
3) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo-Forma.
4) Circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo.
5) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado Civil-Profesión-Ocupación-Sexo y Edad.
6) Datos de cualquier testigo: Nombre-Domicilio.
7) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas.
8) Demás datos exigidos en el "Formulario de Denuncia de Siniestros/Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR: Copia de:
1) Reclamo
2) Intimación
3) Carta
4) Escrito
5) Proceso
6) Notificación
7) Citación judicial
8) Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo
9) Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA DE DEMANDAS

DEMANDA JUDICIAL CIVIL
(Art. 10 – Seguro Mala Praxis Médica)

CONCEPTO: Dentro del concepto de Demandas Judiciales se incluyen todos los escritos notificados por un órgano judicial al Asegurado en los cuales:
1) Se reclame indemnización por cualquier acto de mala praxis médica presunto o cierto.
2) Se cite o emplace de cualquier forma para presentarse o comparecer ante el órgano judicial.
3) Se inicie Beneficio de Litigar sin Gastos, Declaratoria de Pobreza u otro proceso con el fin de litigar sin gastos.
4) Se efectivicen medidas cautelares, secuestros o exhibición de documentos, pruebas anticipadas o aseguramiento de pruebas, medidas o diligencias preliminares.
5) Se ordene cumplir cualquier otra resolución judicial

PLAZO: Dentro del primer (1) día

INICIO DE CÓMPUTO: Desde la fecha de recibida la Notificación.

CÓMPUTO DEL PLAZO: Días hábiles

FORMA: Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado en la póliza como Anexo N° 2). Toda la documentación e información deberá ser entregada en las oficinas de NOBLE S.A. o remitida por correo urgente (24 horas) al domicilio de la Compañía.

CONTENIDO:
1) Consignar la fecha en la cual se recibió la cédula o instrumento por el cual fueron notificados
2) Descripción completa de las particularidades del hecho
3) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo-Forma
4) Circunstancias que pudieron haber sido relevante para dar origen al reclamo
5) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado Civil-Profesional-Ocupación
6) Datos de cualquier testigo: Nombre – Domicilio
7) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas
8) Demás datos exigidos en el ¨Formulario de Denuncias de Siniestros/Incidencias¨ acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR: Copia de:
1) Cédula o instrumento por el cual fueron notificados
2) Demanda y documentación acompañada con ésta
3) Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado.

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POLIZA No.: 8306563

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA DE INCIDENCIAS

HECHOS ADVERSOS
(Art. 4.1 – Seguro Mala Praxis Médica)

CONCEPTO:
1) Cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo
2) Hechos y/o circunstancias enunciados en el "Listado de Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 1

PLAZO: Dentro de los diez (10) días.

INICIO DE CÓMPUTO: Desde el conocimiento del hecho o de la circunstancia.

CÓMPUTO DEL PLAZO: Días corridos.

FORMA: Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2).

CONTENIDO:
1) Descripción completa de las particularidades del hecho
2) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo- Forma
3) Circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo
4) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado civil-Profesión-Ocupación
5) Datos de cualquier testigo: Nombre-Domicilio
6) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas
7) Demás datos exigidos en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR: Copia de:
Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado.

EN CASO DE RECLAMO COMUNICARSE CON NOBLE

- **24 Hs.(011)155-452-1617 – (011)155-249-3287 – (011)155-429-6441.**
- **Días Hábiles de 10 a 18 hs.(011)5239-2030 – siniestros@noble-arp.com**

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POLIZA No.: 8306563

ANEXO 1

LISTADO DE INCIDENCIAS

1) Paro cardiorrespiratorio anestésico
2) Aspiración broncopulmonar durante la anestesia
3) Muerte súbita
4) Lesiones traumáticas del uréter o de la vejiga durante operaciones abdominales o ginecológicas
5) Infarto de miocardio asintomático o ignorado
6) Shock hipoglucémico en el diabético
7) Cuadros de abdomen agudo médico que deriven en peritonitis
8) Amputación traumática de un miembro, por gangrena o por isquemia (trauma vascular)
9) Reacción inusitada del ovario post-tratamiento de anovulación
10) Insuficiencia renal aguda en el post-parto
11) Toxemia, gestosis o eclampsia durante el embarazo
12) Hepatitis ignorada
13) Shock séptico
14) Tétanos quirúrgico
15) Sepsis/Infección hospitalaria
16) Aborto séptico
17) Embarazo ectópico ignorado
18) Feto muerto y retenido
19) Muerte blanca en el recién nacido
20) Perforación accidental del útero
21) Hemorragia post-parto
22) Gangrena
23) Complicaciones postoperatorias:
    - 23.1) Hemorragia
    - 23.2) Tromboembolismo
    - 23.3) Evisceración aguda
    - 23.4) Dehiscencia de una sutura intestinal
    - 23.5) Infección postoperatoria
    - 23.6) Perforación de víscera hueca
    - 23.7) Mediastinitis post-quirúrgica
24) Fractura Ósea mal consolidada
25) Infección de fracturas expuestas
26) Estados febriles prolongados
27) Suicidio en internación, sean instituciones psiquiátricas o no
28) Caída con lesiones en establecimientos de salud
29) Muerte inesperada de un paciente en internación
30) Errores transfusionales
31) Histerectomía o Anexohisterectomía no programada

EN CASO DE RECLAMO COMUNICARSE CON NOBLE

- **24 Hs.(011)155-452-1617 – (011)155-249-3287 – (011)155-429-6441.**
- **Días Hábiles de 10 a 18 hs.(011)5239-2030 – siniestros@noble-arp.com**

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

ANEXO 2

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS E INCIDENCIAS

DATOS DEL ASEGURADO

INSTITUCION / PROFESIONAL

POLIZA	VIGENCIA	FRANQUICIA
PERSONA DE CONTACTO (1)		
TELÉFONO (1)	e-mail (1)	

(1) Datos obligatorios a efectos nuestro depto. Siniestros pueda contactarse en forma inmediata

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO:	NOMBRE:
DOCUMENTO NRO	SEXO M ☐ F ☐
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
¿TIENE HIJOS? S ☐ N ☐	¿CUÁNTOS?
FECHA DEL ACTO MEDICO CUESTIONADO:	
NRO HISTORIA CLINICA (2)	

(2) deberá enviar copia de la historia clínica con la presente

DESCRIPCION DETALLADA DEL SINIESTRO/INCIDENCIA (Es esencial que sintetice el hecho que da origen al incidente lo mas objetivamente posible)

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EQUIPO MEDICO ACTUANTE

NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD	¿POSEE SEGURO?	¿DÓNDE ESTA ASEGURADO?
		SI ☐ NO ☐	
		SI ☐ NO ☐	
		SI ☐ NO ☐	

RECLAMOS

¿Recibió algún tipo de reclamos de parte del paciente y/o familiares?	SI ☐ NO ☐
¿De qué tipo fue el reclamo?	Oral ☐ Escrita ☐ Administrativa ☐ (marcar lo que corresponda)
Fecha de la recepción del reclamo:	
¿Recibió Ud. Citación policial?	SI ☐ NO ☐
¿Recibió Ud. Cedula de notificación judicial?	SI ☐ NO ☐
¿Posee Ud. abogado patrocinante?	SI ☐ NO ☐
Datos del abogado patrocinante: (nombre y apellido y teléfonos de contacto)	
¿Solicitará el patrocinio de NOBLE?	SI ☐ NO ☐

Remitir copia a la compañía de:

- **Reclamo**
- **Intimación**
- **Carta**
- **Escrito**
- **Proceso**
- **Notificación**
- **Citación judicial**
- **Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo**
- **Historia clínica y toda documentación medica en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado**

Lugar y fecha Firma:

En todo de acuerdo a las Condiciones Particulares Especificas de la póliza la presente información deberá ser comunicada fehacientemente a:
NOBLE S.A. ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
Departamento de Siniestros
Sarmiento 539 – piso 9no (C1041AAK) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono (011) 5239-2030 Fax: (011) 5279-1127

SERVICIO ATENCIÓN 24 HS
(011) 15-5452-1617 **(011) 15-5429-6441** **(011) 15-5249-3287**

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POSICION FISCAL: RESP. INSCRIPTO * CUIT: 30-70812715-5 * Nº INSCRIPCIÓN IIBB: 30-70812715-5 JURISDICCIÓN: 901 * SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION: 744

FACTURA A **NRO.** 8306563-0 FECHA EMISION: 11/11/2024 **ORIGINAL**

TOMADOR: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
DOMICILIO: AV. ROCA 255 9000 CDRO RIVADAVIA CHUBUT
POSICION FISCAL: IVA: INSCRIPTO CUIT/CUIL 30-62061043-3 I/BRUTOS NRO.:

SECCION: RESP.CIVIL PROFESIONAL
POLIZA NRO.: 8306563 **ENDOSO NRO.:** 0
PERIODO FACT.: Desde 15/11/2024 Hasta 15/11/2025 **FACTURACION:**

PRODUCTOR.: 10001 QUINTANA MARCELO HORACIO MATRICULA SSN NRO.: 17061
ORGANIZADOR: 101 QUINTANA MARCELO HORACIO MATRICULA SSN NRO.: 17061

147 - Teléfono Gratuito CABA, Área de Defensa y Protección al Consumidor.

COSTO

MONEDA: U$S Dolares EE.UU
TIPO DE CAMBIO VENDEDOR **B.N.A.** A LA FECHA DE EMISION: 1016.5

PRIMA:	U$S	8,025.37		
Recargo Administrativo:	U$S	0.00		
Recargo Financiero:	U$S	481.52		
Derecho de Emisión:	U$S	0.00		
Otros Gastos:	U$S	0.00		
Impuestos:	U$S	102.08		
Sellados (CHUBUT):	U$S	124.75		
IVA:	U$S	1,786.45		
Adicional IVA:	U$S	0.00		
Resol/ 3337 IVA:	U$S	0.00	PREMIO S/ IVA:	U$S 8,733.72
Ingresos brutos (CHUBUT):	U$S	0.00	BASE IMPONIBLE IMPUESTOS:	8,506.89
Bonificación:	U$S	0.00	BASE IMPONIBLE IVA:	8,506.89
PREMIO NETO:	U$S	10,520.17		

Plan de pagos:

1	25/11/2024	U$S 880.65
2	25/12/2024	U$S 876.32
3	25/01/2025	U$S 876.32
4	25/02/2025	U$S 876.32
5	25/03/2025	U$S 876.32
6	25/04/2025	U$S 876.32
7	25/05/2025	U$S 876.32
8	25/06/2025	U$S 876.32
9	25/07/2025	U$S 876.32
10	25/08/2025	U$S 876.32
11	25/09/2025	U$S 876.32
12	25/10/2025	U$S 876.32

FORMA DE PAGO (VER AL DORSO)
EFECTIVO

OPCIONAL: ** CODIGO:** 00830656308 ****
LINK PAGOS / PAGO MIS CUENTAS.

El PREMIO debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de vigencia o financiado conforme al plan establecido en la presente factura. La fecha indicada como inicio de vigencia únicamente será válida si el pago total o parcial se realiza con anterioridad a la misma, de no ser así la cobertura se iniciará en el mismo momento en que el pago referido se efectivice. 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 alguna, ni constitución en mora, la que producirá por el solo vencimiento de este plazo, pudiendo el "ASEGURADOR" rescindir el contrato por falta de pago. Aprobada la liquidación de un siniestro, el "ASEGURADOR" podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda de este u otros contratos que tuviera celebrado el mismo "ASEGURADO".

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

MEDIOS DE PAGO

Los medios de pago habilitados para la cancelación del premio de la presente póliza son los siguientes:

DEBITO AUTOMATICO EN CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE (CBU)

Servicio por adhesión por única vez en el momento de la contratación de la póliza y apto para pólizas en $ o en u$s, Una vez debitado el importe de la cuota, consta el débito en el resumen de cuenta bancaria, que se constituye en suficiente comprobante del pago efectuado.

TARJETAS DE CREDITO MASTERCARD, VISA, NARANJA y AMERICAN EXPRESS

Servicio por adhesión por única vez en el momento de la contratación de la póliza y apto para pólizas en $ o en u$s. El resumen de la tarjeta de credito se constituye en suficiente comprobante del pago efectuado.

CUENTA RECAUDADORA BANCO DE LA NACION ARGENTINA

Apto para pólizas en $ y U$S Mediante los cupones extendidos junto con la póliza (*). En caso de abonar con cheque, los valores serán extendidos a la orden del "Banco de la Nación Argentina" consignando en el dorso la leyenda: "Para ser depositado en la cuenta nro 8765400226 27 de Noble Compañía de Seguros S.A." Sólo serán tomados como válidos aquellos cupones intervenidos por la máquina timbradora del Banco.

RED LINK – LINK PAGOS

Apto para pólizas en $ y U$S A través de su cuenta bancaria y mediante el código indicado al pie de la factura de la póliza (*)

RED BANELCO – PAGO MIS CUENTAS

Apto para pólizas en $ y U$S A través de su cuenta bancaria y mediante el código indicado al pie de la factura de la póliza (*)

MERCADO PAGO

Apto para pólizas en $ y U$S. Deberá realizar el envío de dinero citando a cobranzas@nobleseguros.com y Indicando nro. de póliza vigente (*)

PAGO FACIL

Apto para pólizas en $. Mediante los cupones extendidos junto con la póliza (*)Acepta pagos en efectivo y con tarjeta de débito.
Sólo serán tomados como válidos aquellos cupones intervenidos por la máquina timbradora o ticket de pago.

PAGOS EN TESORERIA CENTRAL DE NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de Lunes a viernes de 11 a 17 hs.

Cheque del Asegurado o Cheques de terceros los que deberán ser indefectiblemente endosados por el asegurado o tomador de la póliza a la fecha de vencimiento de la cuota a abonar Terminal Posnet VISA y Maestro

(*) de acuerdo a las políticas de suscripción de la compañía.

Podrá consultar más detalles en:
https://www.nobleseguros.com/sitio/riesgos/medios_pago_habilitados/

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Terrorismo

Ley 25.246 - Resolución Nº 202/15 de la Unidad de Información Financiera

El abajo firmante declara bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad. Además, asume el compromiso de informar en forma fehaciente toda modificación que se produzca en cualquiera de los manifiestos, mediante presentación de una nueva declaración jurada.

Las personas jurídicas deberán completar la sección relativa a apoderados/representantes (1) y la sección relativa a Personas Jurídicas (2).

Cuando el cliente fuera un Fideicomiso, se deberá completar también respecto de los fiduciarios, fiduciantes, beneficiarios y fideicomisarios.

1- Datos a completar por Personas Físicas con primas anuales acumuladas iguales o superiores a $70.000.- o representantes/apoderados de Personas Jurídicas con primas anuales acumuladas superiores a $ 130.000.-

Nombre y Apellido:

DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Nº

¿Reviste la calidad de Persona Expuesta Políticamente?
(Res. 11/11 de la Unidad de Información Financiera)

SI*☐ NO☐
**(En caso afirmativo completar el formulario al final del presente)*

Debe presentar: (I) Copia del DNI

2- Datos a completar por Personas Jurídicas con primas anuales acumuladas iguales o superiores a $130.000.-

Razón Social:

CUIT/CDI:

DEBE PRESENTAR:

a) *Copia del Estatuto social actualizado, certificado por escribano público o por el propio Sujeto Obligado*
b) *Copia del acta del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma social, certificadas por escribano público o por el propio Sujeto Obligado.*
c) *Titularidad del capital social (actualizada) de conformidad a los art. 20 inc a)*
d) *Identificación de las personas físicas que directa o indirectamente ejerzan el control real de la persona de existencia jurídica.*

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

3- Documentación a presentar por:
- Personas Físicas con primas anuales acumuladas iguales o superiores a $140.000.-
- Personas Jurídicas con primas anuales acumuladas iguales o superiores a $260.000.-

y en Anulaciones de Póliza con devoluciones de más de:
- $70.000.- Personas Físicas
- $130.000.- Personas Jurídicas

DEBERA PRESENTAR INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE PUEDA DEMOSTRAR LA SITUACIÓN ECONÓMICA, PATRIMONIAL, FINANCIERA Y TRIBUTARIA:
- *Manifestación de bienes*
- *Certificación de ingresos*
- *DDJJ de impuestos*
- *Estados contables auditados por Contador público certificado por Consejo*
- *Documentación bancaria*

5- Organísmos Públicos:

Nombre de la Dependencia (*):

CUIT/CUIL/CDI:

Domicilio Legal: Calle: Nº: Piso/Dto:

Localidad: Provincia: CP:

Mail: Tel.:

DEBE PRESENTAR:
(I) Copia del estatuto social actualizado, certificado por Escribano Publico o por el Sujeto Obligado
(II) El funcionario interviniente debe completar los datos del punto 1 (UNO) de este formulario

6- Declaración Jurada de Licitud y Origen de Fondos:

En cumplimiento de lo dispuesto por la Unidad de Información Financiera (U.I.F.) por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizan para realizar operaciones que dan lugar al trámite de seguro al que se adjunta el presente provienen de ACTIVIDADES LICITAS.
El origen de los fondos con los cuales obtuve los valores para cancelar el premio indicado precedentemente provienen de (marque con un tilde la opción que corresponda)

☐ Ingresos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Profesional, Laboral, Comercial
☐ Herencia, legado o donación
☐ Otro origen – Detallar:

Fechado en: el día del mes de de

Firma del Declarante

Aclaración

Se entenderá que la documentación respaldatoria a requerir, podrá consistir en: certificación extendida por Contador Público matriculado que certifique el origen de los fondos y/o copia de balance o documentación bancaria de donde surja la existencia de fondos suficientes y/o cualquier otra documentación que respalde de acuerdo al origen declarado, la tenencia de fondos suficientes para realizar la operación.

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Declaración Jurada del Cliente

Sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

Datos a completar por Personas Físicas con primas anuales acumuladas iguales o superiores a $70.000.- o representantes/apoderados de Personas Jurídicas con primas anuales acumuladas superiores a $ 130.000.-

En cumplimiento a la Resolución 11/2011 de la UIF (Unidad de Información Financiera) el/la que suscribe _____ declara bajo juramento que los datos
(Apellido y nombres)

consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que:
SI☐ ó NO☐ ***(Marcar lo que corresponda)*** se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera que he podido consultar en la página: http://www.uif.gov.ar/uif/index.php/es/resoluciones/137-resolucion-1111

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:
Cargo/Función/Jerarquía, ó Relación _____
(con la persona expuesta políticamente)
Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

DOCUMENTO: TIPO Nº
PAÍS Y AUTORIDAD DE EMISIÓN:
CARÁCTER INVOCADO
(Titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración)

DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA
(Integrar sólo en los casos en que el firmante lo hace en carácter de apoderado o representante legal de una persona jurídica.)

CUIT/CUIL/CDI:

Lugar y Fecha:

FIRMA

Certifico/Certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros libros/fue puesta en mi/nuestra presencia.

FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS O SIMILAR

Observaciones:

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

SON PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE LAS SIGUIENTES:

a) Los funcionarios públicos nacionales que a continuación se señalan, de conformidad a lo establecido en el artículo 5º de la Ley Nº 25.188, que se desempeñen o hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria:

1- El Presidente y Vicepresidente de la Nación;

2- Los Senadores y Diputados de la Nación;

3- Los magistrados del Poder Judicial de la Nación;

4- Los magistrados del Ministerio Público de la Nación;

5- El Defensor del Pueblo de la Nación y los adjuntos del Defensor del Pueblo;

6- El Jefe de Gabinete de Ministros, los Ministros, Secretarios y Subsecretarios del Poder Ejecutivo Nacional;

7- Los interventores federales;

8- El Síndico General de la Nación y los Síndicos Generales Adjuntos de la Sindicatura General de la Nación, el presidente y los auditores generales de la Auditoría General de la Nación, las autoridades superiores de los entes reguladores y los demás órganos que integran los sistemas de control del sector público nacional, y los miembros de organismos jurisdiccionales administrativos;

9- Los miembros del Consejo de la Magistratura y del Jurado de Enjuiciamiento;

10- Los Embajadores, Cónsules y funcionarios destacados en misión oficial permanente en el exterior;

11- El personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Federal Argentina, de Gendarmería Nacional, de la Prefectura Naval Argentina y del Servicio Penitenciario Federal, con jerarquía no menor de coronel o grado equivalente según la fuerza;

12- Los Rectores, Decanos y Secretarios de las Universidades Nacionales;

13- Los funcionarios o empleados con categoría o función no inferior a la de director o equivalente, que presten servicio en la Administración Pública Nacional, centralizada o descentralizada, las entidades autárquicas, los bancos y entidades financieras del sistema oficial, las obras sociales administradas por el Estado, las empresas del Estado, las sociedades del Estado y el personal con similar categoría o función, designado a propuesta del Estado en las sociedades de economía mixta, en las sociedades anónimas con participación estatal y en otros entes del sector público;

14- Los funcionarios colaboradores de interventores federales, con categoría o función no inferior a la de director o equivalente;

15- El personal de los organismos indicados en el inciso 8) del presente artículo, con categoría no inferior a la de director o equivalente;

16- Todo funcionario o empleado público encargado de otorgar habilitaciones administrativas para el ejercicio de cualquier actividad, como también todo funcionario o empleado público encargado de controlar el funcionamiento de dichas actividades o de ejercer cualquier otro control en virtud de un poder de policía;

17- Los funcionarios que integran los organismos de control de los servicios públicos privatizados, con categoría no inferior a la de director;

18- El personal que se desempeña en el Poder Legislativo de la Nación, con categoría no inferior a la de director;

19- El personal que cumpla servicios en el Poder Judicial de la Nación y en el Ministerio Público de la Nación, con categoría no inferior a Secretario o equivalente;

20- Todo funcionario o empleado público que integre comisiones de adjudicación de licitaciones, de compra o de recepción de bienes, o participe en la toma de decisiones de licitaciones o compras;

21- Todo funcionario público que tenga por función administrar un patrimonio público o privado, o controlar o fiscalizar los ingresos públicos cualquiera fuera su naturaleza;

22- Los directores y administradores de las entidades sometidas al control externo del Honorable Congreso de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 120 de la Ley Nº 24.156, en los casos en que la Comisión Nacional de Etica Pública se las requiera.

b) Los funcionarios públicos provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que a continuación se señalan, que se desempeñen o hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria:

1- Gobernadores, Intendentes y Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	1 / 12	U$S	25 / 11 / 24

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 880.65 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	1 / 12	U$S	25/11/24

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 880.65 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008806501 4

09474408008306563000010008806524330000000001

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	2 / 12	U$S	25 / 12 / 24

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	2 / 12	U$S	25/12/24

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763202 1

09474408008306563000020008763224360000000008

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	3 / 12	U$S	25 / 01 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	3 / 12	U$S	25 / 01 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763203 9

09474408008306563000030008763225025000000006

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	4 / 12	U$S	25 / 02 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	4 / 12	U$S	25 / 02 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763204 7

09474408008306563000040008763225056000000004

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	5 / 12	U$S	25 / 03 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	5 / 12	U$S	25/03/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763205 5

0947440800830656300005000876322508400000000 5

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	6 / 12	U$S	25 / 04 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	6 / 12	U$S	25/04/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763206 3

0947440800830656300006000876322511500000000 3

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	7 / 12	U$S	25 / 05 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	7 / 12	U$S	25 / 05 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763207 1

09474408008306563000070008763225145000000009

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	8 / 12	U$S	25 / 06 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	8 / 12	U$S	25 / 06 / 25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763208 0

09474408008306563000080008763225176000000008

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
R C P R O F	8 3 0 6 5 6 3 / 0	9 / 1 2	U$S	2 5 / 0 7 / 2 5

Asegurado: E M E R G E N C I A S C L I N I C A S S R L O E M E C S . R . L .

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
R C P R O F	8 3 0 6 5 6 3 / 0	9 / 1 2	U$S	2 5 / 0 7 / 2 5

Asegurado: E M E R G E N C I A S C L I N I C A S S R L O E M E C S . R . L .

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000087632098

09474408008306563000090008763225206000000003

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
R C P R O F	8 3 0 6 5 6 3 / 0	1 0 / 1 2	U$S	2 5 / 0 8 / 2 5

Asegurado: E M E R G E N C I A S C L I N I C A S S R L O E M E C S . R . L .

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
R C P R O F	8 3 0 6 5 6 3 / 0	1 0 / 1 2	U$S	2 5 / 0 8 / 2 5

Asegurado: E M E R G E N C I A S C L I N I C A S S R L O E M E C S . R . L .

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000087632101

09474408008306563000100008763225237000000001

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	11/12	U$S	25/09/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	11/12	U$S	25/09/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763211 0

09474408008306563000110008763225268000000000

ASEGURADO

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	12/12	U$S	25/10/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

El presente recibo sólo será válido con el timbrado o intervención del medio de pago habilitado por la Res. 40.619/17 de la SSN y modificatorias. La aplicación de este pago queda sujeto a que no exista deuda anterior en concepto de premio por este seguro. Los premios en Dólares estadounidenses deberán ser cancelados en pesos al tipo de cambio vendedor Banco de la Nación Argentina del día del pago. El pago con cheque tendrá efecto liberatorio a partir de la fecha en que el importe se acredite en la cuenta de Noble Compañía de Seguros S.A. Podrá consultar los medios de pago habilitados al dorso de la factura adjunta a la póliza o en www.nobleseguros.com

ENTE RECAUDADOR

Noble Compañía de Seguros S. A.
Oficina Comercial Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º CABA
IVA: Resp.Inscripto - CUIT 30-70812715-5
Nro.IIBB: 30-70812715-5 Jurisdicción: 901 Reg SSN: 744

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS

Rama:	Póliza/endoso	cuota:	Mon:	vto.
RC PROF	830656 3 / 0	12/12	U$S	25/10/25

Asegurado: EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.

Cuit/Cuil: 30-62061043-3

Premio: U$S 876.32 $ .....

Premio en letras: son pesos

Barra 1– BNA / Barra 2– P.Pago (No apto Pago Fácil)

37170100018008306563000000008763212 8

09474408008306563000120008763225298000000006

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Oficina Comercial: Av. Leandro N. Alem 986 Piso 11º (C1001AAR) CABA
Siniestros y Legales: Sarmiento 539 Piso 9 (C1041AAK) CABA
Tel. / Fax (011) 5239-2030.

POSICION FISCAL: RESP. INSCRIPTO * CUIT: 30-70812715-5 * Nº INSCRIPCIÓN IIBB: 30-70812715-5 JURISDICCIÓN: 901 * SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION: 744

CERTIFICADO DE COBERTURA

TOMADOR:	EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
DOMICILIO:	AV. ROCA 255 (9000) CDRO RIVADAVIA CHUBUT
POSICION FISCAL:	IVA: INSCRIPTO CUIT/CUIL 30-62061043-3 I/BRUTOS NRO.:

SECCION:	RESP.CIVIL PROFESIONAL	**FECHA EMISION:**	11/11/2024
POLIZA NRO.:	8306563 **ENDOSO NRO.:** 0	**RENUEVA DE:**	8272639
VIGENCIA:	Desde las 12hs. del 15/11/2024 Hasta las 12 hs. del 15/11/2025		

PRODUCTOR.:	10001	QUINTANA MARCELO HORACIO	MATRICULA SSN NRO.:	17061
ORGANIZADOR:	101	QUINTANA MARCELO HORACIO	MATRICULA SSN NRO.:	17061

DATOS DEL RIESGO

ITEM	1
UBICACIÓN DE RIESGO:	CALLE AV.ROCA 255 (9000)-CDRO RIVADAVIA-CHUBUT-ARG
FRANQUICIA:	10 % sobre MONTO INDEMNIZABLE, mínimo 3 % sobre SUMA ASEGURADA, máximo 6 % sobre SUMA ASEGURADA.
BASE DE LA COBERTURA:	CLAIMS MADE SEGÚN TEXTO.
PLAN:	INSTITUCIONAL
COBERTURA:	R.C. INSTITUCIONAL, R.C. COMPRENSIVA
SUMA ASEGURADA:	----------U$S 250,000.00

CERTIFICAMOS QUE CON FECHA 11/11/2024 ESTA COMPAÑÍA EMITIO LA PÓLIZA QUE AMPARA A LA SIGUIENTE INSTITUCION.:

Apellido y Nombre:	EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
Actividad/Especialidad:	OTROS
Tipo de Documento:	
Numero de Documento:	30620610433
Matricula Profesional:	
Jefe de equipo:	No
Fecha de retroactividad:	15/11/2019

EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXTIENDE A LOS EFECTOS DE SER PRESENTADO ANTE QUIEN CORRESPONDA, CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PARA SEGUROS DE LA SECCION ARRIBA MENCIONADAS APROBADAS POR LA SUPERITENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, VIGENTES A LA FECHA DE EMISION DE LA POLIZA, Y SE ENCUENTRA SUPEDITADA AL PUNTUAL CUMPLIMIENTO, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE LA CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO QUE CONFORMA LA POLIZA.

Se extiende en Buenos Aires, 11 Noviembre de 2024

NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS
Sarmiento 539 - Piso 9º
C1041AAK | Buenos Aires - Argentina
www.nobleseguros.com
Órgano de control: Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN)
Tel: 4338-4000 / 0-800-666-8400 – www.ssn.gob.ar - Registro Nro 744

ATENCIÓN AL CLIENTE
Tel (011) 5239-2030 - Fax (011) 5279-1127
atencionalcliente@nobleseguros.com
ASESORAMIENTO MÉDICO-LEGAL
Las 24 horas los 365 días del año
Lunes a Viernes de 10:00 a 18:00hs
Tel: (011) 3987-2413
siniestros@nobleseguros.com
ATENCIÓN 24 HS
Fuera de ese horario comuníquese a:
Cel. (011) 15 5429-6441
Cel. (011) 15 5249-3287
Cel. (011) 15 5452-1617

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento Gral. de la Actividad Aseguradora.
"COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Cobertura" tendrá derecho a solicitar una copia de póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato.

Gustavo Javier Alvarez
VICE-PRESIDENTE
NOBLE COMPAÑÍA
DE SEGUROS S.A.

NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Buenos Aires, 27/01/2025

CONSTANCIA LIBRE DEUDA

Tomador EMERGENCIAS CLINICAS SRL O EMEC S.R.L.
Póliza: Nº 8306563
Vigencia: desde 15/11/2024 hasta el día 15/11/2025
Conducto de pago: EFECTIVO

Dejamos constancia que la póliza de la referencia no posee deuda exigible al día de la fecha.

Asimismo, si el conducto de pago es tarjeta de crédito o débito en cuenta (CBU) su extracto bancario y/o resumen de cuenta es suficiente constancia de pago.

Atentamente,



Claudio Adrián López

Departamento de Cobranzas
Noble Compañía de Seguros