

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR MALA PRAXIS VETERINARIOS

BASE RECLAMO / "CLAIMS MADE"

ARTICULO 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 LA 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.

POR FAVOR TENGA A BIEN LEER DETENIDAMENTE EL TEXTO INTEGRO DE ESTA PÓLIZA, Y EN ESPECIAL EL ARTICULO 6 RELACIONADO CON LAS EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.

ARTICULO 2° - PERSONAS ASEGURADAS

CUALQUIER MÉDICO VETERINARIO 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.

ARTICULO 3° - RIESGO CUBIERTO

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGUROS PROPORCIONA COBERTURA POR RECLAMOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADOS DE ACTOS DE MALA PRAXIS MÉDICA, 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 INDEMNADO POR CUANTO DEBA A UN TERCERO EN VIRTUD DE SU RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, HASTA EL LÍMITE DE LA COBERTURA PREVISTA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

ASIMISMO, QUEDA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL 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 INDEMNEM AL ASEGURADO, DENTRO DE LOS LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN CONSIGNADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (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.

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
- 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 (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 DEL PRESENTE O EN CASO DE NO RENOVARSE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CONTINUARÁ SIENDO RESPONSABLE POR RECLAMOS PRESENTADOS CON POSTERIORIDAD AL PERÍODO DEL SEGURO, SIEMPRE QUE:

EL RECLAMO HUBIERE SIDO CUBIERTO BAJO LA PÓLIZA, EN CASO DE HABER SIDO EFECTUADO DURANTE EL PERÍODO DEL SEGURO;

LA RECEPCIÓN DEL RECLAMO O RECLAMOS SE NOTIFIQUE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA DURANTE TAL PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS DE 120 MESES; Y

LOS RECLAMOS NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERÍODO PRORROGADO DE DENUNCIA DE RECLAMOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO SI HUBIEREN SIDO EFECTUADOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO DE PÓLIZA.

ARTÍCULO 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 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;
- LA NATURALEZA DE LAS LESIONES Y SUS POSIBLES SECUELAS;

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, INDEPENDIEMENTE 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, 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.

ARTICULO 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, 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 INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE ASEGURADOS; ACTOS DE MALA PRAXIS; RECLAMOS EFECTUADOS O RECLAMANTES;
- a. . 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:
 - a. . COMO UNO SOLO;
 - a. . COMO EFECTUADOS EN EL MOMENTO EN QUE EL PRIMER “RECLAMO ENTRE VARIOS” FUE REALIZADO.
 - a. . 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.
 - a. . CON SUJECCIÓN 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, INDEPENDIEMENTE DE LA CANTIDAD DE RECLAMOS DERIVADOS DE UNO O MÁS ACTOS DE MALA PRAXIS. LOS GASTOS POR RECLAMOS QUEDAN INCLUIDOS DENTRO DE TAL LÍMITE.
 - a. . 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.

ARTICULO 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, ES DECIR CUALQUIER RESPONSABILIDAD CIVIL QUE NO PROVENGA DE UN ACTO DE MALA PRAXIS MÉDICA Y SURJA DE O SEA CONTRIBUIDA POR CUALQUIER LESIÓN CORPORAL, MENTAL O EMOCIONAL, ENFERMEDAD, DOLENCIA O MUERTE, O CUALQUIER PÉRDIDA DE O DAÑO A BIENES, DE CUALQUIER TERCERO, INDEPENDIEMENTE DE SI LOS MISMOS SE ENCUENTRAN VERDADERAMENTE CUBIERTOS, O DE SI CUALQUIER DEDUCIBLE RESULTA APLICABLE BAJO TAL SEGURO.
- F. 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 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 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. LA 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. 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.
- 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 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.
- R. HECHOS OCURRIDOS Y AMPARADOS POR COBERTURAS OTORGADAS POR OTRAS ASEGURADORAS A TRAVÉS DE PÓLIZAS VIGENTES CON ANTERIORIDAD A LA PRESENTE.
- S. RESPONSABILIDAD CIVIL DE LABORATORIOS DE PRODUCTOS MEDICINALES.
- T RESPONSABILIDAD CIVIL DE LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y SIMILARES.

ARTÍCULO 7º - 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 EL ÍTEM 8 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES, 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 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) 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) 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. 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.

ARTICULO 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 A.M. 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), A LOS EFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, COMO ASÍ TAMBIÉN EL INCUMPLIMIENTO DE LAS SUGERENCIAS QUE LA(S) PERSONA(S) DESIGNADA(S) 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 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.

8.3 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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) 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, 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) 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.

ARTICULO 11° - PROCESO PENAL

SI SE PROMOVIERA PROCESO PENAL O CORRECCIONAL, EL ASEGURADO DEBERÁ DAR INMEDIATO AVISO A LA(S) PERSONA(S) DESIGNADA(S), 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.

ARTICULO 12° - VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA DESIGNARÁ A LA(S) PERSONA(S) NOMBRADA(S) 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.

ARTICULO 13° - COMPUTO DE LOS PLAZOS

TODOS LOS PLAZOS DE DÍAS, INDICADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE COMPUTARÁN CORRIDOS, SALVO DISPOSICIÓN EXPRESA EN CONTRARIO.

ARTICULO 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.

ARTÍCULO 15º - 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 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

ARTÍCULO 16º - 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.

ARTÍCULO 17º - 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 FRAUDULENTE 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.

ARTÍCULO 18º - DEFINICIONES

EN LA PRESENTE PÓLIZA, EL TÉRMINO "ASEGURADORA", HACE REFERENCIA A " PRUDENCIA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A." EL TÉRMINO "ASEGURADO" 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 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.

18.4 ACTO DE MALA PRAXIS SIGNIFICA:

CUALQUIER ACTO MÉDICO, 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.

18.5 PACIENTE SIGNIFICA:

CUALQUIER ANIMAL QUE RECIBA O HAYA RECIBIDO SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS, PROVISTOS POR EL ASEGURADO POR RAZONES DIAGNÓSTICAS, PROFILÁCTICAS, CURATIVAS O PALIATIVAS.

18.6 AÑO DE PÓLIZA O AÑO/PÓLIZA SIGNIFICAN:

EL PRIMERO O CADA PERÍODO SUCESIVO DE DOCE MESES COMPENDIDOS 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.

18.7 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.