



FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.

Seguro de Responsabilidad Civil

RIESGO CUBIERTO

De acuerdo con las Condiciones Generales, y las presentes Condiciones Especiales, el Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado a título personal por cuanto deba a un paciente o derechohabientes del mismo en razón de la Responsabilidad Civil en que incurra como consecuencia del ejercicio de su profesión de médico bioquímico, según consta en la habilitación correspondiente otorgada por la autoridad competente, y actuando habitualmente en la especialidad o especialidades que se detallan en las Condiciones Particulares. Conste asimismo que se cubrirán únicamente las consecuencias de acciones u omisiones imputables al Asegurado cometidos durante la vigencia de la póliza (**póliza con modalidad de cobertura por ocurrencia**).

Suma asegurada	Costo mensual
\$ 3.000.000.-	\$ 462.00.-

* 2 reposiciones de suma asegurada por profesional (quedan amparados hasta 3 siniestros por la suma máxima asegurada al año por profesional).

* Sin franquicia.

* Inclusión de la cobertura como jefe de equipo sin cobro de prima extra. **Todos aquellos profesionales que sean responsables sobre las prácticas de otros colegas deberán declarar tal situación para acceder a dicho beneficio.**

* Póliza por **Ocurrencia**. Posibilidad de retiro de la cobertura sin requisitos adicionales (a diferencia del claimsmade que exige renovación permanente o pago de costo de salida).

OTROS BENEFICIOS:

* **Cobertura de vida con anticipo por detección de enfermedades graves:**

Se incluye dentro de la propuesta una póliza de vida por un capital de \$ 40.000.- con pago de anticipos de \$ 20.000.- en caso de detección/diagnóstico de Cáncer, ACV, Infarto y transplantes, dejando abierta la posibilidad de cotizar coberturas complementarias de salud de acuerdo a las necesidades puntuales que nos planteen. (Edad máxima de ingreso 64 años y de permanencia hasta los 75 años. El beneficio se reduce al de indemnización por muerte a partir de los 70 años y por \$ 20.000.-)

Firma:

Aclaración:

DNI:

Matricula:

Fecha: