



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

Facultad de Lenguas y Estudios Extranjeros
Traductorado Público, Literario y Científico-
Técnico de Inglés

Póliza de seguro de responsabilidad
profesional médica.

Nº 236

María Victoria Vincent

Tutor: José Sinland d'Espouy

Departamento de Investigaciones
Setiembre 2008

Índice

1. Introducción	5
2. Parte I. Traducción	6-16
Documento Fuente: Sample Medical Professional Liability Insurance Policy	
Bibliografía	
3. Parte II. Análisis del proceso de traducción	18
Conclusión	22
Bibliografía	22
4. Anexos	23
Anexo A: Sample Medical Professional Liability Insurance Policy (texto fuente)	23
Anexo B: E-mail de consulta a la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN)	39
Anexo C: Resolución N°29.014 de la SSN	40
Anexo D: E-mail de consulta a especialista en seguros	41
Anexo E: “ La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino” ...	42
Anexo F: Modelo de seguro de malapraxis médica (texto de referencia)	43

Introducción

El presente Trabajo Final de Carrera (TFC) tiene por finalidad presentar una traducción al español de un documento original en idioma inglés e ilustrar de manera concisa el proceso de traducción que se llevó a cabo y los aportes o fuentes que sustentaron las decisiones fundamentales (en materia de traducción) a lo largo de todo el trabajo.

El texto que se tradujo es un modelo de póliza de seguro de responsabilidad profesional médica¹ emitida por una compañía de seguros estadounidense llamada First Professionals Insurance Company (FPCI)². Este tipo de documentos pertenece a la esfera del Derecho Privado; más específicamente, a la de los Contratos³ (en particular, de los contratos de seguro).

El principal motivo que sustenta la elección de esta póliza es aprovechar esta instancia de TFC para llevar a cabo una labor de traducción enriquecida mediante la investigación y el aporte proveniente de diversas fuentes de consulta (legislación, artículos especializados, consultas a expertos, entre otras), además de diccionarios, lo que permitió, de alguna manera, ahondar en ejemplos ilustrativos de algunos de los pasos que se suelen dar a la hora de traducir textos pertenecientes a temas como seguros.

La traducción se realizó concibiendo un destinatario (o cliente) hipotético concreto: una compañía de seguros argentina que pretenda conocer el tipo de póliza que ofrece otra compañía extranjera (en este caso, FPIC). Se trabajó entonces para un supuesto lector especializado en la materia (bien podría tratarse de un empleado --o incluso un letrado-- de la supuesta compañía de seguros argentina).

El presente TFC se compone de dos partes esenciales: la primera es la traducción (el texto original en inglés aparece sobre el lado izquierdo y el texto traducido en español, sobre el lado derecho para facilitar la lectura y comparación de ambas versiones) de la póliza elegida. La segunda consiste en el análisis del proceso de traducción, en el que se pretende dejar en claro los principales criterios y decisiones que sustentaron la traducción, así como los problemas que se presentaron y las soluciones que se les dio.

También se incluye una introducción, una conclusión final y dos secciones en las que consta la bibliografía utilizada para fundamentar cada etapa del trabajo.

1. *Medical Professional Liability Insurance Policy* [en línea]. First Professionals Insurance Company. <<http://www.fpic.com>> [Fecha última consulta: 23/03/06].

2. Véase < <http://www.fpic.com> >

3. Halperin, Isaac (1983); *Lecciones de seguros*. Ediciones Depalma. Buenos Aires.

Parte I: Traducción

Medical Professional Liability
Insurance Policy
Modified Claims Made Policy
Non-Assessable

FPIC®
First Professionals Insurance Company
First Professionals Insurance Company, Inc.
1000 Riverside Avenue – P.O. Box 44033
Jacksonville, Florida 32231-4033
904-354-5910 – 1-800-741-3742
FAX 904-358-6728

Introduction

This **policy** is written in clear, straightforward English. Please read it and familiarize yourself with what it says. If **you** have any questions corrections or changes, please contact **us** at the telephone or address listed on page 1 of this **policy**.

Your Professional Liability Policy is made up of the following items**Page Number****1. Coverage Summary****Separate Page**

This is a page, which is typed, or printed and inserted manually as the first page **you** see when **you** open the **policy**. It will tell **you** who is/are **policyholder(s)**, **insured(s)**, applicable limits of liability, **insured organizations**, which Coverage Parts and/or Endorsements are applicable, when coverage begins and ends and other information required for **you** to understand the **policy**. If this page is missing or incorrect, please call or write **us** so **we** may send **you** a copy or issue any needed corrections.

2. Common Policy Conditions

The conditions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are a part of this **policy**. Rather than repeat them, **we** have consolidated them in this section.

3. Common Exclusions

The exclusions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Additional exclusions, if any, are contained in the applicable Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Rather than repeat them, **we** have consolidated them in this section.

4. Definitions

The definitions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Additional definitions, if any, are contained in the applicable Coverage Part or Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Rather than repeat them **we** have consolidated them in this section.

5. Coverage Part(s)

**If applicable Pages
13,17,20 or
separate pages**

Only those Coverage Parts shown on the Coverage Summary and have a premium shown or indicate the premium is included are applicable. Those applicable Coverage Parts provide **you** specific coverage agreements which detail the type of coverage provided by this **policy**. The **policy** may contain

Póliza de seguro de
responsabilidad profesional médica
Póliza base reclamo ampliada
Prima fija

FPIC®
First Professionals Insurance Company
First Professionals Insurance Company, Inc.
1000 Riverside Avenue – P.O. Box 44033
Jacksonville, Florida 32231-4033
904-354-5910 – 1-800-741-3742
FAX 904-358-6728

Introducción

La presente póliza está redactada en inglés claro y sencillo. Se solicita al tomador que la lea y se familiarice con su contenido y, en caso de que necesite realizar alguna consulta, corrección o cambio, que se ponga en contacto con la aseguradora al teléfono o a la dirección que figuran en la página 1 de este documento.

Esta póliza de responsabilidad profesional comprende los siguientes elementos

Página

1. Frente de póliza

Página escrita a máquina o con letra de imprenta que se coloca como primera página de la póliza. Contiene los datos del/de los tomador(es) de la póliza, el/los asegurado(s), los límites de responsabilidad correspondientes, las **instituciones aseguradas**, las Partes de la cobertura y/o los Endosos correspondientes, las fechas de inicio y finalización de la cobertura y toda otra información requerida para comprender la póliza. En caso de que falte o contenga errores, el tomador debe contactar a la aseguradora por teléfono o por escrito para que ésta le envíe una copia o realice las correcciones necesarias.

Página aparte

2. Condiciones generales

Las condiciones que figuran en este apartado se aplican a todas y cada una de las Partes de la cobertura y Endosos que integran la presente **póliza**. En lugar de repetirlas, se las ha consolidado en el presente apartado.

3. Exclusiones generales

Las exclusiones que figuran en el presente apartado se aplican a todas y cada una de las Partes de la cobertura y Endosos que integran la presente póliza.

Las exclusiones adicionales –en caso de que las hubiera– se incluyen en la correspondiente Parte de la cobertura y Endoso(s) de la presente **póliza**. En lugar de repetirlas, se las ha consolidado en el presente apartado.

4. Definiciones

Las definiciones que figuran en el presente apartado se aplican a todas y cada una de las Partes de la cobertura y Endosos que integran la presente póliza. Las definiciones adicionales –en caso de que las hubiera– se incluyen en la correspondiente Parte de la cobertura o Endoso(s) de la presente **póliza**. En lugar de repetirlas, se las ha consolidado en el presente apartado.

more than one Coverage Part, each providing different specific coverage agreements.

6. Endorsements Separate Page

Quite often, a **policy** will contain endorsements. Endorsements are added to allow the **policy** to comply with individual state requirements, or may be used to broaden or restrict coverage, or may be used due to the specific nature of the risk of **your** practice. Endorsements to the **policy** at inception are listed on the Coverage Summary.

COMMON POLICY CONDITIONS

1. The Policy Period:

Coverage under this **policy** shall begin at 12:01 AM standard time at the address and on the effective date shown in the Coverage Summary. If this **policy** replaces a **policy** ending at noon, rather than 12:01 AM, coverage shall begin at noon when coverage under the old **policy** expires. The coverage shall expire at 12:01 AM, standard time, on the expiration date shown in the Coverage Summary. If all or part of this **policy** is cancelled for any reason before that date, the coverage will end at 12:01 AM standard time on the cancellation date.

2. Premiums:

a. All premiums paid to **us** shall be computed in accordance with **our** rules, rates, rating plans, premiums and minimum premium applicable on the effective date of the **policy**.

b. The first premium is due at inception. Each renewal premium is due on or before the beginning of the renewal period to which it applies. If any premium is not paid when due, this **policy**, if not previously cancelled, will be terminated in accordance with the cancellation provisions of this **policy**.

c. The **policyholder** shown in the Coverage Summary is: (1) responsible for the payment of all premiums; and 2) shall be the payee for any return premium **we** pay; however,

(3) if the premium is paid by another person or organization, that person or organization shall be entitled to any return premium.

The **policyholder** must promptly notify **us**, in writing, of any change in the information provided to **us** in any application or other communication, including any change in medical specialty, medical procedure, location of practice, addition, substitution or termination of employees, partners, agents, independent contractors and **insureds**; changes in the corporation, partnership or professional association or affiliation of the **policyholder**. A change may result in a condition that would not be covered by this **policy**.

3. Policy Changes:

This **policy** can only be changed by a written endorsement to the **policy**. This endorsement must be signed by one of **our** authorized representatives. Notice to any of **our** agents or knowledge possessed by any such agent or any other person shall not act as a waiver or change any part of this **policy**. Any notice to any person will not prevent **us** from asserting any rights under the provisions of the **policy**.

We make changes in **our** standard **policy** from time to time. Any change must comply with applicable state law. While **your policy** is in effect, **we** may make a change in **our** standard **policy** which may broaden or restrict coverage under that **policy**. However, **your** coverage will only be changed in the following manner:

a. If the change broadens **your** coverage and the change can be added to **your policy** without requiring a premium increase, **you** will automatically receive the benefit of the broadened coverage.

b. If the change restricts **your** coverage, it will not become effective until and unless **your policy** is renewed.

We agree to notify the **policyholder** of any change that may restrict coverage at least forty-five (45) days before the effective date of any renewal of **policy**.

5. Parte(s) de la Cobertura

Según corresponda,
páginas 13,17, 20 o
páginas aparte

Son aplicables sólo aquellas Partes de la cobertura que figuran en el Frente de póliza y que contienen una prima o indican que se incluye la prima. En las Partes de la cobertura válidas figuran los contratos de cobertura específicos en los que se detalla el tipo de cobertura que otorga la presente **póliza**. Es posible que la presente **póliza comprenda más de una Parte** de la Cobertura, en cada una de las cuales figurarían diversos contratos de cobertura específicos.

6. Endosos

Página aparte

Las pólizas suelen incluir endosos. Los endosos se agregan para que la **póliza cumpla los requisitos particulares de cada estado, o se pueden utilizar para ampliar o restringir la cobertura o debido a la naturaleza específica del riesgo que implique la profesión del tomador**. Los endosos que tienen validez desde que entra en vigencia la póliza se enumeran en el Frente de póliza.

CONDICIONES GENERALES

1. Período de vigencia:

La presente **póliza tendrá vigencia a partir de las 12:01 a.m.**, hora oficial, del domicilio y la fecha de entrada en vigencia que figuran en el Frente de póliza. Si la presente póliza reemplaza a otra **póliza cuya vigencia finaliza** a la hora 12:00, en lugar de las 12:01 a.m., la cobertura se iniciará a las 12:00 a.m., en el horario en que finaliza la cobertura de la **póliza anterior**. **La cobertura finalizará a las 12:01 a.m.**, hora oficial, de la fecha de vencimiento que figura en el Frente de póliza. Si por algún motivo se cancelase la presente póliza total o parcialmente antes de esa fecha, la cobertura finalizará a las 12:01 a.m., hora oficial, de la fecha de cancelación.

2. Primas:

- Todas las primas que perciba la aseguradora se calcularán según las normas, las tasas, las cotizaciones, las primas y las primas mínimas aplicables a la fecha de entrada en vigencia de la póliza.
- La primera prima vence al entrar en vigencia la póliza. Cada prima de renovación vence al iniciarse o antes de iniciarse el período de renovación al que corresponde. Si la prima no se paga antes de su vencimiento, la presente póliza se dará por terminada de conformidad con lo dispuesto para la cancelación de la póliza, si no se canceló antes.
- El tomador que figura en el Frente de póliza: (1) tiene la obligación de pagar todas las primas y (2) tiene derecho al reembolso de las primas que deba pagarle la aseguradora; no obstante, (3) si el pago de la prima fuese efectuado por otra persona o institución, el derecho al reembolso de la prima corresponderá a dicha persona o institución.

El tomador debe notificar de inmediato y por escrito a la aseguradora todo cambio que se produzca en la información que haya incluido en solicitudes u otras comunicaciones entregadas a la aseguradora, incluso cualquier cambio en materia de especialidad médica; tratamientos médicos; domicilio en el que ejerce la profesión; incorporación, reemplazo o despido de empleados, socios, agentes, contratistas independientes y asegurados; cambios de empresa, sociedad, asociación o afiliación profesional. Los cambios podrían dar origen a la exclusión de la cobertura de la presente **póliza**.

3. Modificaciones:

La presente **póliza sólo se puede modificar mediante un endoso escrito**. El endoso debe llevar la firma de un representante autorizado de la aseguradora. La notificación a cualquiera de los agentes de la aseguradora o el conocimiento que éstos o cualquier otra persona pueda tener no revestirá el carácter de renuncia ni modificará ninguna de las partes de la presente póliza. Ninguna notificación cursada a

4. Renewal and Cancellation:

Renewal: Neither the **policyholder** nor **us** is required to renew this **policy**. Any renewal will be on **policy** forms then in effect. **We** may renew by issuing a Continuation Coverage Summary specifying a new **policy period** or by offering a completely new **policy**. If the **policyholder** rejects **our** offer of renewal, either by failure to pay the premium on or before the effective date of such renewal or by written notice received by **us**, then any coverage under a new **policy period** or a completely new **policy** shall be null and void as of its effective date.

Cancellation: The **policyholder** can cancel this **policy** at any time. **We** have the same right.

To cancel, the **policyholder** must mail or deliver to **us** written notice stating when the coverage is to end. If the **policyholder** cancels this **policy** during the **policy period**, a pro rata refund of the unearned premium, less a ten percent (10%) cancellation charge, shall be returned.

We will ordinarily provide the **policyholder** sixty (60) days notice of cancellation or nonrenewal. However, when the cancellation is due to nonpayment of premium, or the loss or suspension of **your** license to practice **your** profession, **we** will only provide the **policyholder** ten (10) days notice of cancellation. If this **policy** is canceled by **us** earned premiums shall be computed pro rata.

Premium adjustments may be made either at the time cancellation is effected or as soon as practicable after cancellation becomes effective, but payment or tender of unearned premiums is not a condition of cancellation.

Except as noted above concerning nonpayment of premium or loss of license, after this **policy** has been in effect for ninety (90) days or longer, **we** will not cancel the **policy** except for one or more of the following reasons:

- a. failure to comply with underwriting requirements established by the insurer within ninety (90) days of the date of effectuation of coverage;
- b. substantial change of risk covered by the **policy**; or
- c. the cancellation is for all **insureds** under such policies for a given class of **insureds**.

If **we** cancel the **policy** for any reason specified in a, b, or c above, **we** will provide the **policyholder** with a sixty (60) day cancellation notice.

If the **policy** is cancelled by the **policyholder**, any physician or surgeon who is **insured** under this **policy** shall have thirty (30) days from the cancellation date to obtain coverage under another one of **our** policies that provides the same coverage as provided under this **policy**.

If any physician or surgeon who is an **insured** under this **policy** because of their being a partner, stockholder or employee of the **policyholder** and they cease being a partner, stockholder or employee of the **policyholder**, then that physician or surgeon shall have thirty (30) days from the change of status within which to obtain coverage under another one of **our** policies which provides the same coverage as provided under this **policy**.

5. Policy Territory:

This **policy** applies to a **medical incident** occurring in the United States of America, including its territories and possessions, Puerto Rico and Canada. A **claim** must be made and suit must be filed within the United States of America only.

6. Assignments and Transfers:

Neither the **policyholder** nor anyone else covered under this **policy** can assign or transfer **your** or their interest in the **policy**. If **you** die or are adjudged mentally incompetent, the coverage under the **policy** shall be automatically terminated as to **you**, and, **your** interest in the **policy** shall be automatically transferred to **your** duly appointed legal representative. Any unearned premium shall be calculated on a pro rata basis from the termination date and returned according to the provisions of this **policy**.

7. Settlement of Claim or Suit:

We have the right to determine, to make, and to conclude, without **your** permission, in accordance with applicable law, any settlement within **your policy** limits.

8. Other Insurance:

A loss that is covered under this **policy** may also be covered under another insurance **policy** or risk transfer instrument, including but not limited to, self-insured retentions, deductibles, or other alternative arrangements.

The coverage provided by all Coverage Parts of this **policy** shall apply as excess insurance to any coverage under another insurance **policy** or risk transfer instrument.

persona alguna impedirá que la aseguradora reclame los derechos que le correspondan de conformidad con los términos y condiciones de la presente **póliza**.

La aseguradora se reserva el derecho de modificar la póliza estándar toda vez que lo considere oportuno. Todas las modificaciones se realizan conforme a la legislación estatal pertinente. Durante la vigencia de la póliza, es posible que la aseguradora introduzca modificaciones a la póliza estándar que amplíen o restrinjan el alcance de la cobertura. Sin embargo, la cobertura provista por la presente póliza sólo se **puede modificar de las siguientes maneras**:

- a. Si la modificación amplía el alcance de la cobertura de la presente póliza y se puede agregar a ésta sin necesidad de aumentar la prima, el tomador se beneficiará automáticamente con la extensión de la cobertura.
- b. Si la modificación restringe el alcance de la cobertura de la presente póliza, la modificación no tendrá validez a menos que se renueve la presente póliza y hasta que eso suceda.

La aseguradora se compromete a notificar al tomador toda modificación que pueda restringir el alcance de la cobertura con un mínimo de cuarenta y cinco (45) días de antelación a la fecha de entrada en vigencia de toda renovación de la **póliza**.

4. Renovación y cancelación:

Renovación: Ni el tomador ni la aseguradora **tiene la obligación de renovar la presente póliza**. La renovación se realizará mediante los formularios de **póliza que oportunamente se encuentren vigentes. La aseguradora podrá renovar** la presente póliza emitiendo un endoso de Continuación de frente de póliza en el que se especifique un nuevo período de vigencia de la póliza u ofreciendo **una póliza enteramente nueva. Si el tomador rechaza el ofrecimiento de la aseguradora de renovar la póliza, sea omitiendo el pago de la prima antes o en la fecha de entrada en vigencia de la renovación o notificando por escrito a la aseguradora, la cobertura conforme a un nuevo período de vigencia de la póliza o una póliza enteramente nueva será nula y carecerá de efecto a partir de la fecha de entrada en vigencia.**

Cancelación: Tanto el tomador como la aseguradora tienen derecho a cancelar la presente póliza **en cualquier momento**.

Para cancelar la presente póliza, el tomador debe hacer llegar a **la aseguradora, ya sea por correo o por otro medio, un aviso escrito en el que determine la fecha en que ha de finalizar la cobertura. Si el tomador cancela la presente póliza** dentro del **período de vigencia de ésta**, se le reembolsará por prorrateo la prima no devengada, menos un diez por ciento (10%) en concepto de gastos por cancelación.

La aseguradora dará normalmente al tomador un aviso de cancelación o de decisión de no renovarla de sesenta (60) días de antelación como mínimo. Sin embargo, cuando la cancelación se deba a que el tomador no pagó la prima o a que le han revocado o suspendido la matrícula profesional, la aseguradora **dará un aviso de cancelación de sólo diez (10) días de antelación. En el caso de que sea la aseguradora la responsable de cancelar la presente póliza**, las primas devengadas se calcularán por prorrateo.

Los ajustes a las primas se pueden realizar en el momento en que se efectúe la cancelación o tan pronto sea posible una vez que la cancelación entre en vigencia, pero el pago o la oferta de pago de las primas no devengadas no constituyen una condición para proceder a la cancelación.

Salvo lo dispuesto previamente en relación con la falta de pago de la prima o la revocación de la licencia, una vez que el período de vigencia de la presente póliza alcance o supere los noventa (90) días, la aseguradora **no procederá a cancelar la póliza excepto como consecuencia de uno o varios de los siguientes motivos**:

- a. incumplimiento de los requisitos de suscripción establecidos por la aseguradora dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de inicio de la cobertura;
- b. cambio sustancial del riesgo cubierto por la **póliza o**
- c. la cancelación se aplica a todos los asegurados cuyas pólizas sean de una determinada clase de asegurados.

Si la aseguradora cancelase la presente póliza por alguno de los motivos especificados en los puntos a, b y c que anteceden, notificará al tenedor de su decisión con sesenta (60) días de antelación.

Si fuera el tomador quien resolviera la cancelación, **todo médico o cirujano** asegurado por la presente póliza tendrá treinta (30) días a partir de la fecha de cancelación para obtener la cobertura de otra de las pólizas de la aseguradora que otorgue la misma cobertura que la presente póliza.

We shall not be liable under this **policy** for a greater proportion of such loss than the applicable limit of liability under this **policy** for such loss bears to the total applicable limits of liability of all valid and collectible insurance or risk transfer instruments, whether primary, contributory, excess, contingent or otherwise.

These other insurance provisions do not apply to any insurance policies or risk transfer instruments written as specific excess insurance over the limits of liability of this **policy**.

9. Recovering Damages From a Third Party:

Any **insured** covered under this **policy** may be able to recover all or part of a loss from a person or organization other than **us**; therefore, each **insured** must do all that is reasonably possible to preserve any right of recovery. If **we** make a payment under this **policy** then the right of recovery shall belong to **us** (on **your** behalf). If **we** recover more than **we** have paid then the excess shall belong to the **insured** who had the loss, but **we** shall deduct **our** recovery expenses first, including a reasonable attorney's fee.

10. Lawsuits Against Us:

You may not bring legal action against **us** concerning this **policy** until:

- a. **you** have fully complied with all the provisions of this **policy**; and
- b. the amount of **your** obligation to pay has been decided. Such amount can be set by court judgment or by written agreement between **you, us** and the claimant.

No person or organization (including **you**) can join **us** in an action against **you**, and no one can sue **us** directly on a **claim** against **you**.

After liability against **you** has been determined by court judgment or written agreement, the party making the **claim** may be able to recover under this **policy** but only up to the limit of **your** coverage. If **you** or **your** estate is adjudged bankrupt or becomes insolvent, **we** will still be obligated under this **policy**.

11. Fraud and Misrepresentation:

This **policy** shall be void if **you** or any **insured** covered under this **policy** fail or refuse to disclose any relevant fact or information to **us**, alter, conceal or destroy any relevant record or document, mislead **us** or defraud or lie to **us** about any relevant issue relating to coverage under this **policy**, either before or after a loss. Unintentional errors or omissions, however, will not affect **your** rights under this **policy**.

12. Our Right To Inspect and Audit:

You agree to let **us** inspect **your** property and business operations during normal business hours while this **policy** is in force. **We** are not, however, required to make inspections. Nor will **we** guarantee that **your** property or operations are safe, or that they will conform to any laws, rules or regulations. **You** also agree to allow **us** to examine and audit **your** books and records that relate to this insurance at any time up to three years after the **policy** ends. Any inspection, surveys, reports or recommendations shall relate only to insurability under the **policy** and premium charged.

13. How State Law Affects this Policy:

This **policy** is issued according to the laws of the state shown in the mailing address of the **policyholder** as shown on the Coverage Summary. Any part of this **policy** that conflicts with the laws of any state is automatically changed to conform to that law.

14. What To Do If You Have a Claim:

Notification:

- a. Tell **us** what happened as soon as possible after the **claim** has been made. Also, let **us** know as soon as possible if **policyholder** hears of a potential **claim** or is made aware of having done something that may later result in a **claim**.
- b. Notify the police if any laws may have been broken.
- c. Send **us** copies of all **claims** or demands or legal documents as soon as possible.

When providing information to **us**, be sure to include the time and place of the event, the persons involved, the specific nature of the incident, including the type of **claim** that may result, and the names and addresses of any witnesses and injured people.

Cooperation:

You are required to fully cooperate with **us** or **our** designee in the making of settlements within the **policy** limits of liability, the conduct of suits or other proceedings and enforcing any right of

Aquel médico o cirujano que se encuentre asegurado por la presente póliza por ser socio, accionista o empleado del tomador pero deje de serlo contará con un máximo de treinta (30) días a partir del cambio de condición para obtener la cobertura de otra de las pólizas de la aseguradora que le otorgue la misma cobertura que la presente póliza.

5. Validez territorial:

La presente póliza es válida para los incidentes médicos acaecidos dentro de los Estados Unidos de América, incluidos sus territorios y posesiones, Puerto Rico y Canadá. Los reclamos y las demandas deben efectuarse exclusivamente dentro de los Estados Unidos de América.

6. Cesiones y transferencias:

Ni el tomador ni ninguna otra persona cubierta por la presente póliza pueden ceder ni transferir sus derechos relativos a la póliza. Ante la muerte o declaración de incapacidad mental del tomador, la cobertura provista por la presente póliza se dará por terminada automáticamente en lo que concierne a la persona del tomador y la participación en la póliza se transferirá automáticamente al representante legal del tomador debidamente designado. Toda prima no devengada se calculará por prorrateo a contar desde la fecha de finalización y se reembolsará según los términos y condiciones de la presente **póliza**.

7. Defensa en juicio:

La aseguradora se reserva el derecho a resolver, realizar o celebrar, sin el consentimiento del tomador, de conformidad con la legislación pertinente, todo acuerdo que se encuentre contemplado dentro de los límites de la presente póliza.

8. Otros seguros:

Es posible que el siniestro cubierto por la presente póliza también esté cubierto por otra póliza de seguro o instrumento de transferencia de riesgo, entre los que se incluyen las retenciones de autoseguros, las franquicias u otros mecanismos alternativos.

La cobertura provista por todas las Partes de la cobertura de la presente póliza se aplicará como cobertura en exceso de la cobertura provista por otra póliza de seguro o instrumento de transferencia de riesgo.

La aseguradora no tiene la obligación de responder por un siniestro que exceda los límites de la cobertura que le corresponde otorgar según lo establecido en la presente póliza, dado que para responder a tal siniestro son aplicables la totalidad de los límites de responsabilidad de todos los seguros o instrumentos de transferencia de riesgo válidos y cuyas indemnizaciones sean aplicables al siniestro, ya sea que éstos tengan una aplicación primaria, contributiva, en exceso, contingente o de cualquier otra naturaleza.

Las presentes cláusulas relativas a otros seguros no se aplican a ninguna póliza de seguro ni instrumento de transferencia de riesgo redactado como una cobertura específica en exceso de los límites de responsabilidad de la presente póliza.

9. Repetición por parte de terceros:

Todo asegurado que se encuentre cubierto por la presente póliza puede ser repetido en forma total o parcial por una persona o institución distinta de la aseguradora; por ende, cada asegurado debe realizar todo lo que sea razonablemente posible para conservar el derecho a repetición. Si la aseguradora abona una suma de dinero conforme a lo establecido por la presente póliza, entonces el derecho a recuperarlo le pertenecerá a la aseguradora (en nombre del tomador). Si la aseguradora recupera más de lo que pagó, la diferencia corresponderá al asegurado que haya sido víctima del siniestro, pero la aseguradora deducirá primero los gastos de la acción de repetición, incluida una suma razonable para saldar los honorarios del letrado.

10. Juicios contra la aseguradora:

El tomador no podrá iniciar acciones legales contra la aseguradora en relación con la presente póliza hasta que:

- a. haya cumplido plenamente con todas sus obligaciones conforme a los términos y condiciones de **la presente póliza y**
- b. se determine el monto que le corresponde pagar. El monto se puede fijar mediante sentencia judicial o acuerdo transaccional entre el tomador, la aseguradora y la parte demandante.

Ninguna persona ni institución (incluido el tomador) puede entablar una acción conjunta con la asegu-

contribution or indemnity against another, who may be liable to **you** because of **injury, damage**, loss or expense. If **we** ask, **you** shall attend hearings and trials, assist in obtaining and presenting evidence and obtaining the attendance of witnesses.

You are required to cooperate fully in the review process prescribed under Florida Statute 766.106 if a notice of intent to file a **claim** for medical malpractice is made against **you**.

Do not agree to any financial obligations or make any payments of money without **our** authorization. Doing so will result in **our** not making reimbursement of any payment or obligation, even though it may have been covered by this **policy**.

Keep **your** records in a safe place. Do not alter, cancel or destroy **your** medical records or commit any act that would interfere with **our** ability to defend a **claim** or lawsuit against **you**. Create a separate litigation file for all items relating to a **medical incident, claim** or lawsuit.

15. Extended Reporting Period:

- a. When coverage under this **policy** ends for any reason, the **policyholder** has the right, but not the obligation, to buy an Extended Reporting Period endorsement, commonly referred to as "tail coverage." If purchased, this endorsement allows **you** to report to **us claims** that resulted from **medical incidents** that occurred subsequent to the **retroactive date** and prior to the **expiration date** of the **policy**.
- b. The **policyholder** must submit a written request expressing a desire to purchase this endorsement within thirty (30) days after the date **we** mailed notification of **your** option to purchase this endorsement. This notification will outline the payment options for this endorsement.
- c. The **policy** language that applied immediately prior to the cancellation date will apply to all **claims** submitted during the extended reporting period. The broadening of the coverage portion of the Policy Changes provision found in the General Conditions section will not apply during the Extended Reporting Period.
- d. The Per Claim limit of liability that applied to **you** on the cancellation date will apply to all **claims** submitted during the Extended Reporting Period. The Aggregate limit that applied to **you** on the cancellation date is the maximum amount **we** will pay for all **claims** covered under this **policy** prior to the cancellation as well as under the Extended Reporting Period.
- e. Payment of the premium must be made within thirty (30) days of the billing date for each extension. If **we** fail to receive any payment due, **we** will send an official notice of termination effective on the effective date of the coverage period, with allowances made for appropriate consideration of reinstatement in the event a payment was lost in the mail or not properly applied to **your** account.
- f. There will be no charge for Extended Reporting Period endorsement if any of the following events take place while the **policyholder** or **insured physician** are actively insured with **us**:
 - (1) dies (We must have a copy of the Death Certificate or other proof of death.);
 - (2) becomes **disabled** and cannot continue the practice of medicine; or
 - (3) fully **retires** from the practice of medicine at any age and have been continuously insured by **us** for the last five years immediately before retirement.

In the event the **policyholder** or **insured physician** decides to return to medicine, they must notify **us** in writing. If **you** report a **claim** to **us** under the Extended Reporting Period and **we** determine **you** were not fully retired from the practice of medicine, no coverage will apply to the **claim**.

radadora contra el tomador, y nadie puede entablar una acción judicial directa contra la aseguradora sobre la base de un **reclamo efectuado contra el tomador**.

Una vez que se establezca el monto que debe pagar el tomador mediante sentencia judicial o acuerdo escrito, la parte que efectúe el reclamo puede recibir una indemnización pero sólo hasta el límite de la cobertura que otorga la presente póliza. La quiebra o insolvencia del tomador no extingue las obligaciones que contrae la aseguradora en virtud de los términos y condiciones de la presente **póliza**.

11. Fraude o reticencia:

La presente póliza será nula si el tomador o cualquiera de los asegurados no revelan o se niegan a revelar algún hecho o información de importancia para la aseguradora; modifican, ocultan o destruyen algún registro o documentación de importancia; engañan, cometen fraude o realizan declaraciones falsas a la aseguradora **acerca de algún asunto de importancia** relacionado con la cobertura provista por la presente póliza antes o después de ocurrido un siniestro. No obstante, los errores u omisiones involuntarios no afectarán los derechos de que goza el tomador en virtud de la presente póliza.

12. Derecho de la aseguradora a realizar inspecciones y auditorías:

El tomador se compromete a permitir que la aseguradora realice inspecciones de su/s inmueble/s y las operaciones comerciales de éste en el horario de trabajo habitual durante la vigencia de la presente póliza. No obstante, la aseguradora no está obligada a realizar esas inspecciones ni tiene la responsabilidad de garantizar que el/los inmueble/s u operaciones del tomador sean seguros o cumplan las leyes, normas o reglamentos. El tomador también se permite que la aseguradora inspeccione y audite los libros y registros relacionados con el presente seguro en cualquier momento y durante los tres años posteriores a la finalización de la presente póliza. Todas las inspecciones, estudios, informes o recomendaciones deberán vincularse exclusivamente al riesgo cubierto de conformidad con la póliza y la prima cobrada.

13. Relación de la presente póliza con la legislación estatal:

La presente póliza se emite de conformidad con las leyes del estado que figura en el domicilio postal del tenedor, según consta en el Frente de póliza. Cualquier parte de la póliza **que no se condiga con las leyes de algún estado** se modificará automáticamente a fin de que se atenga a ellas.

14. Cómo debe proceder el tomador frente a un reclamo:

Notificación:

- a. Informar a la aseguradora de lo sucedido a la mayor brevedad posible una vez que se haya efectuado el reclamo. También debe informar a la aseguradora, a la mayor brevedad posible, si se entera de un posible reclamo **o le hacen saber que ha cometido algún acto que puede dar origen a un reclamo futuro**.
- b. Dar aviso a la policía en caso de que pueda haberse infringido alguna ley.
- c. Enviar a la aseguradora copias de todos los reclamos, demandas o documentación legal a la mayor brevedad posible.

El tomador debe asegurarse de que la información que brinde a la aseguradora incluya la hora y el lugar del hecho, las personas involucradas, la naturaleza específica del incidente, incluido el tipo de **reclamo que pueda originarse**, y el nombre y domicilio de los testigos y las personas que resultaron damnificadas.

Cooperación:

El tomador tiene la obligación de prestar plena colaboración con la aseguradora o la persona que ésta designe para celebrar acuerdos transaccionales dentro de los límites de responsabilidad de la presente póliza, llevar adelante acciones judiciales u otros procedimientos y hacer cumplir los derechos a las contribuciones o indemnizaciones de un tercero, que quizás tenga que responder ante el tenedor por las lesiones, **daños y perjuicios, pérdidas o gastos**. **Si la aseguradora así lo solicitara, el tomador deberá asistir a las audiencias y juicios, ayudar a producir y presentar pruebas** y lograr la asistencia de los testigos.

El tomador tiene la obligación de prestar plena colaboración en el proceso de revisión previsto en la ley N° 766.106 del estado de Florida, en caso de que reciba un aviso en el que conste la intención de realizar un **reclamo por mala praxis médica contra el tomador**.

El tomador no debe contraer ninguna obligación financiera ni pagar ninguna suma de dinero sin previa autorización de la aseguradora. De lo contrario, la aseguradora no reembolsará ningún pago ni obligación, aun cuando estuviesen cubiertos por la presente póliza.

El tomador debe mantener los registros en un lugar seguro. No debe alterar, anular ni destruir las historias clínicas ni cometer ningún acto que pueda interferir en la capacidad que tiene la aseguradora de defender un **reclamo o juicio iniciado contra el tomador. Debe crear un archivo aparte para los litigios**, que contenga todos los elementos que se relacionen con incidentes médicos, reclamos **o juicios**.

15. Período extendido de denuncia de reclamos:

- a. Cuando la cobertura provista por la presente póliza finalice por algún motivo, el tomador tiene derecho, pero no está obligado, a adquirir un endoso por un Período extendido de denuncia de reclamos, comúnmente denominado "cobertura de la cola". En caso de adquirirlo, el tomador podrá informar a la aseguradora de los reclamos derivados de incidentes médicos ocurridos con posterioridad a la fecha de retroactividad y con anterioridad a la fecha de vencimiento de la póliza.
- b. El tomador debe entregar una solicitud escrita en la que exprese su intención de adquirir el endoso dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que la aseguradora le notificase por correo la opción de adquirir el endoso. En la notificación se detallarán las formas de pago del endoso.
- c. Los términos de la póliza aplicables a los reclamos inmediatamente previos a la fecha de cancelación se aplicarán a todos los reclamos que se efectúen durante el Período extendido de denuncia de reclamos. La ampliación de la cobertura que se establece en el apartado sobre Modificaciones a la póliza, incluido en las Condiciones generales, no se aplicará durante el Período extendido de denuncia de reclamos.
- d. El límite de la responsabilidad por reclamo que se aplicare al tomador en la fecha de cancelación se aplicará a todos los reclamos que se efectúen durante el Período extendido de denuncia de reclamos. El límite global de responsabilidad que se aplicare al tomador en la fecha de cancelación corresponde a la suma máxima que ha de pagar la aseguradora por todos los reclamos cubiertos por la presente póliza con anterioridad a la cancelación así como a los que se efectúen durante el Período extendido de denuncia de reclamos.
- e. El pago de la prima se debe realizar dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de facturación de cada período de extensión. Si la aseguradora no recibe el pago que se le adeuda, enviará un aviso de terminación de la cobertura que se hará efectiva a la fecha de inicio del período de cobertura y permitirá que se contemple adecuadamente la rehabilitación de la póliza en caso de que el pago se hubiese extraviado por correspondencia o no se hubiese imputado como corresponde en la cuenta del tomador.
- f. No se cobrará el endoso de Período extendido de denuncia de reclamos si durante la vigencia de la cobertura de la aseguradora se produjese alguno de los siguientes hechos:

(1) el tomador o médico asegurado fallece (se debe entregar a la aseguradora una copia del certificado de defunción u otro elemento que acredite el fallecimiento);

(2) el tomador o médico asegurado queda discapacitado y no puede continuar ejerciendo la medicina o

(3) el tomador o médico asegurado se retira por completo de la profesión, a la edad que fuera, y la cobertura provista por la aseguradora hubiese permanecido vigente durante los últimos cinco años inmediatamente previos al retiro.

En caso de que el tomador o el asegurado decidan retomar el ejercicio de la medicina, deberán notificar su decisión por escrito a la aseguradora. Si el tomador efectúa un reclamo a la aseguradora durante el Período extendido de denuncia de reclamos y la aseguradora resuelve que el tomador no se retiró por completo del ejercicio de la profesión, el reclamo no contará con cobertura.

Bibliografía

Diccionarios y glosarios

- Black, H. C., *Deluxe Black's Law Dictionary*, Sixth Edition, St. Paul, Minn, West Publishing Co., 1990
- Clarkson, K.W.; Miller, R.; Jentz, G.A.; Cross, F. B., *West's Business Law*, Text Cases, Legal, Ethical, International and E-Commerce Environment, Eighth Edition
- Instituto Nacional de Reaseguros (INdeR) (1976); *English/Spanish insurance and reinsurance vocabulary*. INdeR. Buenos Aires
- Caja de Ahorro y Seguro S.A. *Glosario sobre Seguros*.
- Olsen de Serrano Redonnet, María Luisa y Zorrilla de Rodríguez, Ana María (1997); *Diccionario de los usos correctos del español*; Ángel Estrada y Cía. S.A. Brasil.
- Omega Seguros S.A. *Glosario Seguros y Reaseguros*. English/Spanish.
- Rubin, Harvey W. (1991) *Dictionary of Insurance Terms*. Barron's Business Guides. New York. Second Edition.
- Real Academia Española (1992), *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Vigésima primera ed. Tomos I y II
- Seco, Manuel (1999); *Diccionario de dudas*. Editorial Espasa Calpe S.A.. Madrid.
- The Merrit Company (1990). *Spanish Glossary of Insurance Terms and Special Glossary of Pension and Profit Sharing Terms*. The Merrit Company. Santa Mónica.

Libros, manuales, tratados sobre seguros

- Amadeo, José Luis (1979); *Ley de Seguros anotada con jurisprudencia*. Norma Antuña Ediciones. Buenos Aires.
- Halperin, Isaac y Barbato H.N. (2003). *Seguros*. Lexis Nexos-Depalma. Buenos Aires
- Halperin, Isaac (1983); *Lecciones de seguros*. Ediciones Depalma. Buenos Aires.
- Stiglitz, Rubén S. (1997); *Derecho de Seguros*. La Ley. Buenos Aires. 4ª edición, actualizada y ampliada. Tomos I y II.
- Zunino, Jorge O. (1994); *Régimen de Seguros – Ley 17418*. Editorial Astrea. Buenos Aires.

Leyes, resoluciones, jurisprudencia

- Florida Statutes – Title XXXVII. Insurance. Chapter 624 [en línea] < <http://www.findlaw.com> > [Fecha última consulta: 29/03/06].
- Ley de Seguros N° 17.418 [en línea]. < <http://www.infoleg.gov.ar> > [Fecha de consulta: 27 de marzo de 2006]
- Marvin M. Shuster, M.D., et al., Petitioners, vs. South Broward Hospital District Physicians' Professional Liability Insurance Trust, etc., Respondent. 591 So. 2d 174; January 2, 1992. < <http://www.law.fsu.edu/library> >. Florida State University library. [En línea. Fecha de consulta: 16/03/06]
- Resolución N° 29.014 de la SSN. <http://www.puntoprofesional.com> ; usuario: victoriavincent; contraseña: vvmmd>.

Artículos especializados, modelos de póliza

- First Professionals Insurance Company; Medical Professional Liability Insurance Policy [en línea]. < <http://www.fpic.com> > [Última consulta: 23/03/06].
- Gramajo, Soledad; *La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino*. Véase "Anexo E" del presente TFC.
- Mariona, Fernando G.; La nueva cláusula claims made [en línea]. <<http://www.revistaestrategas.com.ar/081cob.htm> > [Fecha última consulta: 27/03/06]
- Póliza de seguro de la compañía aseguradora Noble ARP S.A. ("Anexo F" del presente TFC)

Páginas web

- <http://www.bajabound.com/info/cov_ge/generalconditions.pdf> Pólizas de seguro de las compañías ACE y GE. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- < <http://asv.com.ar> > Póliza de seguro de la ASV S.A. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- < <http://www.snn.gov.ar> > Superintendencia de Seguros de la Nación
- < www.law.fsu.edu/library > Florida State University library (Marvin M. Shuster, M.D., et al., Petitioners, vs. South Broward Hospital District Physicians' Professional Liability Insurance Trust, etc., Respondent.

591 So. 2d 174; January 2, 1992)

- < www.fpic.com > First Professionals Insurance Company
- < <http://www.sbs.gob.pe/PortalSBS/>> Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) del Perú
- < www.findlaw.com >
- < www.infoleg.mecon.gov.ar >
- < <http://www.findlaw.com> >

Parte II: Análisis del proceso de traducción

La presente etapa del TFC pretende ilustrar las diferentes decisiones y problemas que integraron el proceso de traducción del texto fuente elegido: póliza modelo de seguro de responsabilidad profesional médica emitida por la compañía de seguros First Professional Insurance Company⁴. En primer lugar, se mencionan las decisiones generales tomadas en las reuniones con el tutor. Luego, se hace referencia a las decisiones más relevantes que se tomaron en una primera instancia del TFC y que se mantuvieron durante todo el trabajo. Por último, se ilustran algunos de los problemas de traducción más significativos que se detectaron a lo largo de todo el proceso de traducción y se explica sucintamente de qué manera se los resolvió.

Se realizaron dos reuniones con el tutor según las pautas de trabajo establecidas para el TFC. En la primera se definió el texto que se habría de traducir. La extensión total de la póliza elegida superaba las diez mil palabras, por lo que se decidió que se traduciría sólo los apartados 1 y 2 (que ocupan las primeras siete páginas) a fin de que la traducción se aproximase más a la cantidad de palabras requeridas para el TFC y se tradujese una parte de la póliza que fuese completa en sí misma. En la segunda reunión con el tutor, se abordaron dudas relacionadas con la traducción y se definieron ciertos criterios relativos a la forma en que se abordaría el análisis de la traducción.

En cuanto al formato que se adoptaría para la traducción, se optó por respetar el de la póliza original priorizando la idea de que hay textos, como los contratos⁵, cuyas peculiaridades en materia de formato (marcas, secuenciación, diferenciación de secciones, etc.) revisten particular importancia para su posterior lectura e interpretación. Considerando el supuesto fin que --según el hipotético destinatario para el que se eligió trabajar-- se daría a esta traducción, y adhiriendo a la concepción de que la póliza es el instrumento por excelencia en el que se plasman los contratos de seguros⁶, se creyó pertinente adoptar este criterio. No obstante, se respetaron las pautas sobre el tipo y tamaño de tipografía requeridos.

Uno de los primeros problemas --o quizás desafíos-- que presentó esta traducción se relacionó con el uso de los pronombres "we", "you", sus correspondientes adjetivos posesivos "our", "your" y sus formas dativas y acusativas "you", "us" a lo largo de toda la póliza. Se trataba de una decisión relevante, dado que, una vez tomada, la elección debería guardar coherencia de principio a fin de la traducción. Con el objetivo de determinar qué formas de pronombres personales se utilizarían, se recurrió a varios modelos de pólizas redactadas en español⁷, que permitieron corroborar el uso vigente. Se observó que, para el caso de la primera persona del plural, "we", en las pólizas en español figuraban frases como "la aseguradora", "el asegurador" o bien "la compañía". Para el caso de la segunda persona del singular, "you", figuraban frases como "el tomador" o "el asegurado", según correspondiese⁸. Tras leer la definición de ambos términos en el apartado "Definitions"⁹ de la póliza en inglés y descartar --a la luz de ambos conceptos-- que esta póliza se tratase de un contrato colectivo, se confirmó la posibilidad de poder traducir "you" por "el tomador" o "el asegurado" indiferentemente. Se optó por el término "el tomador". En el caso de la primera persona del plural, "we", dado que se contaba con el nombre de la compañía de seguros que era

4. Medical Professional Liability Insurance Policy [en línea]. First Professionals Insurance Company. <<http://www.fpic.com> > [Fecha última consulta: 23/03/06].

5. "Los textos más antiguos mostraban un formato poco diferenciado, mientras que los actuales utilizan diversas convenciones tipográficas (formato de párrafo, tipo de letra, sangrado, etc.) para diferenciar secciones y señalar la importancia relativa de los distintos apartados. Este rasgo del lenguaje legal actual es atribuible a la necesidad de reflejar la secuenciación lógica del pensamiento, razonamiento o recuento de hechos. [...] Un buen ejemplo de lo anterior lo podemos encontrar en el fragmento de un contrato de compraventa inglés [...]." Para más información, véase: Borja Albi, Anabel (2000). *El texto jurídico inglés y su traducción al español*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. págs. 24-25.

6. Ley de Seguros N° 17.418 [en línea]. <<http://www.infoleg.gov.ar> > [Fecha de consulta: 27 de marzo de 2006]

7. Disponibles en <http://www.bajabound.com/info/cov_ge/generalconditions.pdf> [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].

8. "Tomador: es la persona que contrata el seguro con el Asegurador. Generalmente en los seguros individuales el tomador contrata el seguro por cuenta propia, uniéndose así en una persona dos figuras (Tomador o Contratante y Asegurado). Por el contrario el seguro es por cuenta ajena cuando el Tomador es distinto del Asegurado; esta situación es típica en los seguros colectivos." Véase: <http://www.ssn.gov.ar/orientacionalasegurado/guias/vida/gv_indice.htm >.

9. Véase la pág. 11 del "Anexo A" del presente TFC.

la parte aseguradora, lo que ampliaba el abanico de posibles opciones, se optó por utilizar el término “la aseguradora”. Tal como se intenta reflejar en esta breve reseña, la conversión a la tercera persona del singular, en ambos casos, se trató de una opción de estilo, que pretendió ceñirse a la redacción de los contratos o pólizas en el idioma meta. Se trató de que las fuentes de consulta para resolver este primer problema o tomar esta decisión fundamental fuesen pólizas de la misma especie o similares, que permitiesen constatar el uso vigente.

Otro de los desafíos que implicó la presente traducción se relacionó con la necesidad de ampliar el espectro de fuentes de consulta para resolver problemas de traducción característicos de los textos de índole tan específica o técnica como este. No obstante, la contrapartida a este desafío de lanzarse a fuentes de consulta de índole jurídica (por ejemplo, leyes, resoluciones, manuales de seguros) y técnica (artículos especializados, pólizas de seguros similares) radicaba en la necesidad constante de jerarquizar las fuentes de consulta en orden de pertinencia, de seriedad o dependiendo del grado de rigurosidad¹⁰ que podrían aportar a las versiones en español de los términos técnicos que se debían traducir.

Así, en primer lugar, se pretendió averiguar qué tipos de póliza existían en nuestro país a fin de constatar si alguno de ellos se correspondía con las que en inglés se denominan “modified claims made”. Tras consultar la Ley N° 17.418 que rige en materia de seguros en nuestro país y constatar que no brindaba información al respecto, sino que sólo mencionaba la póliza como componente del seguro, se optó por recurrir a otra vía de consulta para saber si el tipo de póliza “claims made” se ofrecía en el mercado argentino y, en tal caso, de qué manera se la denominaba en español. La investigación se inició con la consulta a la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN), ente gubernamental que regula la actividad del seguro en nuestro país¹¹. La respuesta que brindó un integrante¹² de la Gerencia Técnica de dicho organismo se complementó con la Resolución N° 29.014¹³, emanada también de la SSN, en la cual consta la autorización oficial a una compañía de seguros para que comercialice seguros con cobertura de “base reclamo” en la Argentina¹⁴. Esa fue toda la información que brindó la SSN y que sirvió de base para continuar investigando.

La siguiente consulta se realizó a un alto ejecutivo de una compañía de seguros argentina. La respuesta que se obtuvo aportó datos que sirvieron para profundizar la noción del término “claims made” dentro del contexto del mercado asegurador argentino. En un primer email de consulta sobre el tipo de pólizas “claims made”, el especialista expresó que *“nuestro mercado habla directamente de claims made lisa y llanamente”*¹⁵. Su respuesta daba la pauta acerca del uso vigente de este término en la jerga de los expertos, es decir, cabía la posibilidad de utilizarlo en inglés. No obstante, esta misma persona aportó luego un artículo especializado, escrito por una de las letradas que colaboraban con él¹⁶, en el que se explicaba en detalle los tipos de pólizas existentes en nuestro país, sus diferencias y similitudes. Allí sí se encontraron posibles equivalentes en español para “modified claims made policy”, según la definición que se obtuvo de este concepto de varios sitios web de compañías de seguro¹⁷.

También se consultó otro artículo escrito por un especialista en seguros, que permitió corroborar los términos aportados por el artículo anterior. En ambos se mencionan las llamadas “pólizas base reclamo nuevas, ampliadas o argentinizadas”¹⁸, que parecen designar un tipo de póliza que es una deformación

10. “¿Qué entendemos por rigurosidad del léxico jurídico? Destaquemos, ante todo, que nos estamos refiriendo a la precisión en la expresión, a la ausencia de vaguedades, imperfecciones o inexactitudes en la utilización del léxico, y no meramente a la especificidad, entendida ésta como pertenencia de ciertos términos a una determinada disciplina o área del conocimiento, tal vez -aunque no necesariamente- con carácter de exclusividad.” Véase: Chiesa, Ricardo; “Rigurosidad del léxico jurídico” [en línea] <<http://www.englishspeakers.com.ar>> [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2006].

11. Véase: <http://www.snn.gov.ar>.

12. “Con respecto al termino Claims Made, en la práctica laboral, esta incorporado el termino en inglés, igualmente se puede traducir como Base Reclamo, en algunos libros se puede encontrar así, pero es mas común encontrar el termino en inglés.[...] Cabe aclarar que no existe una posición oficial a los terminos en inglés, ya que no existen resoluciones al respecto.” Véase “Anexo B” del presente TFC.

13. Véase “Anexo C” del presente TFC. También disponible en <<http://www.puntoprofesional.com>>; usuario: victoriavincen; contraseña:vvmd

14. “El Superintendente de Seguros resuelve: ARTICULO 1° - Autorizar a THE PROFESSIONAL'S COMPANY ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL S.A. a operar en el territorio de la República Argentina únicamente en el ramo Responsabilidad Civil, en el Plan de Seguro de Responsabilidad Civil Médica de Clínicas, Sanatorios, Hospitales Públicos y/o Privados y/o Centros Médicos con y/o sin Internación -Bajo Condiciones Base Reclamo [...]” Véase “Anexo C” del presente TFC. También disponible en <<http://www.puntoprofesional.com>>; usuario: victoriavincen; contraseña:vvmd>.

15. Véase “Anexo D” del presente TFC.

16. Gramajo, Soledad; “La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino”. Véase “Anexo E” del presente TFC.

17. Véase: <<http://www.firstprofessionals.com/pdf/DrmR.pdf>>; <http://www.axisgmt.com/medical_malpractice_alternatives.htm>, entre otros

18. “Las coberturas que habitualmente se comercializan en nuestro mercado son formas impuras de la cobertura CM que otorgan cobertura a incidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia formal, pero dentro la vigencia material del contrato (o “Período

de las pólizas “base reclamo” o “claims made” puras u originales. Las semejanzas que presentaban ambos conceptos, confirmadas luego por el especialista consultado, ayudaron a terminar de resolver este problema terminológico cuyo resultado fue la traducción del término “modified claims made policy” por “póliza de base reclamo ampliada”.

Otro ejemplo que puede citarse de casos de traducción que derivaron en consultas a fuentes especializadas en la materia es el caso del término “coverage summary”. La consulta en la página web de la Superintendencia de Seguros de la Nación¹⁹ y en la página web de la compañía de Seguros ASV S.A.²⁰ permitió confirmar el uso de un término específico para denominar esta parte de la póliza. No obstante, se procedió también a la consulta con un especialista (el Presidente de la compañía de seguros Noble ARP)²¹, cuya respuesta se obtuvo por correo electrónico y se adjunta al final del presente trabajo. La traducción por la que se optó fue el término “Frente de póliza”.

Tal como se desprende de los párrafos anteriores, lograr naturalidad, fluidez y sintonía con la jerga técnica del hipotético destinatario se constituyó desde el inicio en uno de los desafíos centrales de este TFC. En esta sucinta muestra de resolución de problemas puntuales, se pretende ilustrar el modo en que se trabajó a lo largo de toda la tesina y la amplitud de fuentes que se consultaron. Se pueden nombrar varios términos más, que requirieron el mismo ejercicio de investigación, consulta, deducción y resolución, tales como “tail coverage” (que se tradujo por “cobertura de la cola”) y “extended reporting period” (que se tradujo por “período extendido de denuncia de reclamos”), entre otros.

Por otro lado, también hubo casos de problemas de traducción relacionados no tanto con la especificidad de la materia, sino más bien con la coherencia interna del texto. La solución a estos problemas provino de investigar y desmenuzar el significado de los términos dentro de las oraciones o párrafos en que se encontraban, más que de la consulta a expertos:

[...] “A *claim* must be made and suit must be filed within the United States of America only”²². (Texto original)

“Claim” es un término que, espontáneamente, admitía dos interpretaciones (reclamo y demanda) muy relacionadas entre sí. El problema radicó entonces en dilucidar a cuál de ellas era preciso atenerse. La fuente de consulta a la que se recurrió fue el apartado “Definitions” de la póliza original, que brindaba la siguiente explicación del concepto: “**Claim** means any expression of an intent to hold you responsible for **damages** arising from the rendering or failure to render **professional services** by you or by someone for whom you are legally responsible”²³. Al tratar de encontrar la correspondencia del término en español, se consultó una póliza emitida por una compañía de seguros argentina, en la que figuraba la siguiente definición: “**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”²⁴. Antes de definir una posible traducción del término, fue importante rescatar una distinción que trazaba la póliza original en la oración que se tomó como ejemplo. Allí, el término “claim” aparece conjugado con el verbo “make” (“to make a claim”) mientras que el sustantivo “suit”, que aparece inmediatamente después, está conjugado con el verbo “file” (“to file a suit”). Ello permitía inferir que el autor de la póliza había querido distinguir “claim” de “suit”, al menos en este micro contexto oracional. Dicha distinción se veía reforzada por el uso de un verbo diferente en cada caso, lo que permitía deducir el sentido más amplio que se estaba dando al término “claim” en esta oración. En el apartado de definiciones presente en cada una de las pólizas que se comparaban, inmediatamente después del concepto “claim” y “reclamo” respectivamente, aparecía el concepto “claim expenses” y “gastos por reclamos”, cuyas definiciones se correspondían casi por completo²⁵. La consulta a un glosario elaborado por el INdER²⁶ permitió reconfirmar la traducción del término en cuestión siempre en el contexto de la presente póliza. El término “claim”, entonces, se tradujo por “reclamo” y el término “suit” por “demanda”:

[...] “El reclamo y la demanda deben efectuarse exclusivamente dentro de los Estados Unidos de América.” (Traducción)

de Retroactividad”) que den origen a reclamos que sean realizados durante el plazo de vigencia de la póliza, sus sucesivas renovaciones o, aún con posterioridad, a la terminación de la cobertura durante el período extendido de reporte de reclamos, (el “Período Extendido”) conforme a las condiciones establecidas en cada contrato en particular.” Véase “Anexo E” del presente TFC. Información disponible también en <<http://www.revistaestrategas.com.ar/081cob.htm>>

19. Véase: <<http://www.ssn.gov.ar>>

20. Véase: <<http://www.asv.com.ar>>

21. Véase “Anexo G » del presente TFC. También véase <<http://www.noble-arp.com>>

22. Véase la pág. 4 del “Anexo A” del presente TFC.

23. Véase la pág. 11 del “Anexo A” del presente TFC.

24. Véase la pág. 15 del “Anexo F” del presente TFC.

25. Véase la pág. 11 del “Anexo A” y 15 del “Anexo F” del presente TFC.

26. Instituto Nacional del Reaseguro

En suma, la mayoría de los problemas que se detectaron en el transcurso de la traducción de la presente póliza partieron de una misma base: la especificidad²⁷ del texto con el que se trabajó. Hubo términos centrales al presente TFC cuya traducción requirió una tarea de investigación bastante más minuciosa que otros, pero en todos primó el interés por investigar y fundamentar cada una de las decisiones tomadas.

Asimismo, se trabajó procurando priorizar la naturalidad y elocuencia en el resultado final (es decir, la traducción), lo que felizmente resultó en una clara ampliación del espectro de fuentes consultadas, que excedió el ámbito de los diccionarios para enriquecerse con el aporte de fuentes tales como leyes, doctrina, artículos especializados, consultas a expertos y textos similares al que es objeto del presente TFC.

Bibliografía utilizada para el análisis de la traducción

Libros y artículos generales

- Borja Albi, Anabel (2000). *El texto jurídico inglés y su traducción al español*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Págs. 24-25.
- Chiesa, Ricardo; *Rigurosidad del léxico jurídico* [en línea] <<http://www.englishspeakers.com.ar>> [Fecha última consulta: 15/02/06].
- Eco, Humberto (2002); *Cómo se hace una tesis*; Biblioteca de Educación; Gedisa Editorial. Barcelona. Págs. 94-95; 120; 176; 181; 212.

Sobre seguros

Diccionarios

- Black, H. C., *Deluxe Black's Law Dictionary*, Sixth Edition, St. Paul, Minn, West Publishing Co., 1990
- Clarkson, K.W.; Miller, R.; Jentz, G.A.; Cross, F. B., *West's Business Law*, Text Cases, Legal, Real Academia Española (1992), *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Vigésima primera ed. Tomos I y II.
- Ethical, International and E-Commerce Environment, Eighth Edition
- Olsen de Serrano Redonnet, María Luisa y Zorrilla de Rodríguez, Ana María (1997); *Diccionario de los usos correctos del español*; Ángel Estrada y Cía. S.A. Brasil.
- Rubin, Harvey W. (1991); *Dictionary of Insurance Terms*. Barron's Educational Series. New York. Second edition
- Seco, Manuel (1999); *Diccionario de dudas*. Editorial Espasa Calpe S.A.. Madrid.

Leyes, resoluciones

- Ley de Seguros N° 17.418 [en línea]. <<http://www.infoleg.gov.ar>> [Fecha de consulta: 27 de marzo de 2006]
- Resolución N° 29.014 de la SSN. <http://www.puntoprofesional.com>; usuario: victoriavincent; contraseña: vvmvd>.

Artículos especializados, modelos de póliza

- First Professionals Insurance Company; *Medical Professional Liability Insurance Policy* [en línea]. <<http://www.fpic.com>> [Última consulta: 23/03/06].
- Gramajo, Soledad; *La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino*. Véase "Anexo E" del presente TFC.
- Marionna, Fernando G.; *La nueva cláusula claims made* [en línea]. <<http://www.revistaestrategas.com.ar/081cob.htm>> [Fecha última consulta: 27/03/06]
- Póliza de seguro de la compañía aseguradora Noble ARP S.A. ("Anexo F" del presente TFC)

Páginas web

- <http://www.bajabound.com/info/cov_ge/generalconditions.pdf> Pólizas de seguro de las compañías ACE y GE. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- <<http://asv.com.ar>> Póliza de seguro de la ASV S.A. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- <<http://www.snn.gov.ar>> Superintendencia de Seguros de la Nación

27. "Tanto la especificidad del léxico jurídico como la rigurosidad de su empleo tienen algo en común: la descripción normalmente nada grata del lenguaje jurídico como "críptico", "hermético", "oscuro", "inaccesible". Véase: Chiesa, Ricardo; *Rigurosidad del léxico jurídico* [en línea]: <<http://www.englishspeakers.com.ar>> [Fecha de consulta: 25/08/05]

Conclusión

El presente trabajo final de carrera intentó fundarse en la elección de un texto que permitiese poner en práctica las herramientas y los conocimientos adquiridos durante la Articulación del Traductorado Público cursada en el año 2005. Asimismo, pretendió ser una instancia en la cual llevar a cabo una labor de traducción enriquecida mediante la investigación y el aporte proveniente de diversas fuentes de consulta (legislación, artículos especializados, consultas a expertos, entre otras) y orientada hacia la resolución de aquellos problemas de traducción detectados a lo largo de todo el trabajo.

Sustentar las decisiones fundamentales tomadas a lo largo del TFC sirvió además como reflexión acerca de las técnicas, mecanismos y procedimientos que se ponen en marcha a la hora de traducir y que enriquecen esta tarea de tan diversas maneras.

Por último, fue igualmente enriquecedor aprovechar esta instancia para interactuar con profesionales de otras disciplinas y también con colegas, y descubrir cuán enriquecedora y vivencial se vuelve nuestra profesión cuando uno entra en relación con sus pares y descubre lo mucho que tiene por aprender y también el aporte que, desde su lugar, puede realizar.

Bibliografía

General

- Borja Albi, Anabel (2000). *El texto jurídico inglés y su traducción al español*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. Págs. 24-25.
- Chiesa, Ricardo; *Rigurosidad del léxico jurídico* [en línea] <<http://www.englishspeakers.com.ar>> [Fecha última consulta: 15/02/06].
- Eco, Humberto (2002); *Cómo se hace una tesis*; Biblioteca de Educación; Gedisa Editorial. Barcelona. Págs. 94-95; 120; 176; 181; 212.
- Estivill, Assumpció y Urbano, Cristóbal (1997); *Cómo citar recursos electrónicos*. Escola Universitària Jordi Rubió i Balaguer de Biblioteconomia i Documentació

Diccionarios y glosarios

- Black, H. C., *Deluxe Black's Law Dictionary*, Sixth Edition, St. Paul, Minn, West Publishing Co., 1990
- Clarkson, K.W.; Miller, R.; Jentz, G.A.; Cross, F. B., *West's Business Law*, Text Cases, Legal, Ethical, International and E-Commerce Environment, Eighth Edition
- Instituto Nacional de Reaseguros (INdeR) (1976); *English/Spanish insurance and reinsurance vocabulary*. INdeR. Buenos Aires
- Caja de Ahorro y Seguro S.A. *Glosario sobre Seguros*.
- Olsen de Serrano Redonnet, María Luisa y Zorrilla de Rodríguez, Ana María (1997); *Diccionario de los usos correctos del español*; Ángel Estrada y Cía. S.A. Brasil.
- Omega Seguros S.A. *Glosario Seguros y Reaseguros*. English/Spanish.
- Rubin, Harvey W. (1991) *Dictionary of Insurance Terms*. Barron's Business Guides. New York. Second Edition.
- Real Academia Española (1992), *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Vigésima primera ed. Tomos I y II
- Seco, Manuel (1999); *Diccionario de dudas*. Editorial Espasa Calpe S.A.. Madrid.
- The Merrit Company (1990). *Spanish Glossary of Insurance Terms and Special Glossary of Pension and Profit Sharing Terms*. The Merrit Company. Santa Mónica.

Libros, manuales, tratados sobre seguros

- Amadeo, José Luis (1979); *Ley de Seguros anotada con jurisprudencia*. Norma Antuña Ediciones. Buenos Aires.
- Halperin, Isaac y Barbato H.N. (2003). *Seguros*. Lexis Nexos-Depalma. Buenos Aires
- Halperin, Isaac (1983); *Lecciones de seguros*. Ediciones Depalma. Buenos Aires.
- Stiglitz, Rubén S. (1997); *Derecho de Seguros*. La Ley. Buenos Aires. 4ª edición, actualizada y ampliada. Tomos I y II.
- Zunino, Jorge O. (1994); *Régimen de Seguros – Ley 17418*. Editorial Astrea. Buenos Aires.

- Leyes, resoluciones, jurisprudencia
- Florida Statutes – Title XXXVII. *Insurance*. Chapter 624 [en línea] < <http://www.findlaw.com> > [Fecha última consulta: 29/03/06].
- Ley de Seguros N° 17.418 [en línea]. < <http://www.infoleg.gov.ar> > [Fecha de consulta: 27 de marzo de 2006]
- Marvin M. Shuster, M.D., et al., Petitioners, vs. South Broward Hospital District Physicians' Professional Liability Insurance Trust, etc., Respondent. 591 So. 2d 174; January 2, 1992. < <http://www.law.fsu.edu/library> >. Florida State University library. [En línea. Fecha de consulta: 16/03/06]
- Resolución N° 29.014 de la SSN. <http://www.puntoprofesional.com> ; usuario: victoriavincen; contraseña: vvmmd>.

Artículos especializados, modelos de póliza

- First Professionals Insurance Company; *Medical Professional Liability Insurance Policy* [en línea]. < <http://www.fpic.com> > [Última consulta: 23/03/06].
- Gramajo, Soledad; *La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino*. Véase "Anexo E" del presente TFC.
- Mariona, Fernando G.; *La nueva cláusula claims made* [en línea]. <<http://www.revistaestrategas.com.ar/081cob.htm> > [Fecha última consulta: 27/03/06]
- Póliza de seguro de la compañía aseguradora Noble ARP S.A. ("Anexo F" del presente TFC)

Páginas web

- <http://www.bajabound.com/info/cov_ge/generalconditions.pdf> Pólizas de seguro de las compañías ACE y GE. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- < <http://asv.com.ar> > Póliza de seguro de la ASV S.A. [Fecha de la última consulta: 29 de marzo de 2006].
- < <http://www.snn.gov.ar> > Superintendencia de Seguros de la Nación
- < www.law.fsu.edu/library > Florida State University library (Marvin M. Shuster, M.D., et al., Petitioners, vs. South Broward Hospital District Physicians' Professional Liability Insurance Trust, etc., Respondent. 591 So. 2d 174; January 2, 1992)
- < www.fpic.com > First Professionals Insurance Company
- < <http://www.sbs.gob.pe/PortalSBS/>> Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) del Perú
- < www.findlaw.com >
- < www.infoleg.mecon.gov.ar >
- < <http://www.findlaw.com> >

Anexos

Anexo A

**Medical Professional Liability
Insurance Policy
Modified Claims Made Policy
Non-Assessable
First Professionals Insurance Company, Inc.
1000 Riverside Avenue – P.O. Box 44033
Jacksonville, Florida 32231-4033
904-354-5910 – 1-800-741-3742
FAX 904-358-6728
First Professionals Insurance Company**

Introduction

This **policy** is written in clear, straightforward English. Please read it and familiarize yourself with what it says. If **you** have any questions corrections or changes, please contact **us** at the telephone or address listed on page 1 of this **policy**.

Your Professional Liability Policy is made up of the following items Page Number

1. Coverage Summary Separate Page

This is a page, which is typed, or printed and inserted manually as the first page **you** see when **you**

open the **policy**. It will tell **you** who is/are **policyholder(s)**, **insured(s)**, applicable limits of liability, **insured organizations**, which Coverage Parts and/or Endorsements are applicable, when coverage begins and ends and other information required for **you** to understand the **policy**. If this page is missing or incorrect, please call or write **us** so **we** may send **you** a copy or issue any needed corrections.

2. Common Policy Conditions 3

The conditions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are a part of this **policy**. Rather than repeat them, **we** have consolidated them in this section.

3. Common Exclusions 8

The exclusions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Additional exclusions, if any, are contained in the applicable Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Rather than repeat them, **we** have consolidated them in this section.

4. Definitions 11

The definitions contained in this section apply to every Coverage Part and Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Additional definitions, if any, are contained in the applicable Coverage Part or Endorsement(s) that is/are part of this **policy**. Rather than repeat them **we** have consolidated them in this section.

5. Coverage Part(s) If applicable Pages 13,17,20 or separate pages

Only those Coverage Parts shown on the Coverage Summary and have a premium shown or indicate the premium is included are applicable. Those applicable Coverage Parts provide **you** specific coverage agreements which detail the type of coverage provided by this **policy**. The **policy** may contain more than one Coverage Part, each providing different specific coverage agreements.

6. Endorsements Separate Page

Quite often, a **policy** will contain endorsements. Endorsements are added to allow the **policy** to comply with individual state requirements, or may be used to broaden or restrict coverage, or may be used due to the specific nature of the risk of **your** practice. Endorsements to the **policy** at inception are listed on the Coverage Summary.

COMMON POLICY CONDITIONS

1. The Policy Period:

Coverage under this **policy** shall begin at 12:01 AM standard time at the address and on the effective date shown in the Coverage Summary. If this **policy** replaces a **policy** ending at noon, rather than 12:01 AM, coverage shall begin at noon when coverage under the old **policy** expires. The coverage shall expire at 12:01 AM, standard time, on the expiration date shown in the Coverage Summary. If all or part of this **policy** is cancelled for any reason before that date, the coverage will end at 12:01 AM standard time on the cancellation date.

2. Premiums:

a. All premiums paid to **us** shall be computed in accordance with **our** rules, rates, rating plans, premiums and minimum premium applicable on the effective date of the **policy**.

b. The first premium is due at inception. Each renewal premium is due on or before the beginning of the renewal period to which it applies. If any premium is not paid when due, this **policy**, if not previously cancelled, will be terminated in accordance with the cancellation provisions of this **policy**.

c. The **policyholder** shown in the Coverage Summary is:

(1) responsible for the payment of all premiums; and

(2) shall be the payee for any return premium **we** pay; however,

(3) if the premium is paid by another person or organization, that person or organization shall be entitled to any return premium.

The **policyholder** must promptly notify **us**, in writing, of any change in the information provided to **us** in any application or other communication, including any change in medical specialty, medical procedure, location of practice, addition, substitution or termination of employees, partners, agents, independent contractors and **insureds**; changes in the corporation, partnership or professional association or affiliation of the **policyholder**. A change may result in a condition that would not be covered by this **policy**.

3. Policy Changes:

This **policy** can only be changed by a written endorsement to the **policy**. This endorsement must be signed by one of **our** authorized representatives. Notice to any of **our** agents or knowledge possessed by any such agent or any other person shall not act as a waiver or change any part of this **policy**. Any notice to any person will not prevent **us** from asserting any rights under the provisions of the **policy**.

We make changes in **our** standard **policy** from time to time. Any change must comply with applicable state law. While **your policy** is in effect, **we** may make a change in **our** standard **policy** which may broaden or restrict coverage under that **policy**. However, **your** coverage will only be changed in the following manner:

a. If the change broadens **your** coverage and the change can be added to **your policy** without requiring a premium increase, **you** will automatically receive the benefit of the broadened coverage.

b. If the change restricts **your** coverage, it will not become effective until and unless **your policy** is renewed.

We agree to notify the **policyholder** of any change that may restrict coverage at least forty-five (45) days before the effective date of any renewal of **policy**.

4. Renewal and Cancellation:

Renewal: Neither the **policyholder** nor **us** is required to renew this **policy**. Any renewal will be on **policy** forms then in effect. **We** may renew by issuing a Continuation Coverage Summary specifying a new **policy period** or by offering a completely new **policy**. If the **policyholder** rejects **our** offer of renewal, either by failure to pay the premium on or before the effective date of such renewal or by written notice received by **us**, then any coverage under a new **policy period** or a completely new **policy** shall be null and void as of its effective date.

Cancellation: The **policyholder** can cancel this **policy** at any time. **We** have the same right. To cancel, the **policyholder** must mail or deliver to **us** written notice stating when the coverage is to end. If the **policyholder** cancels this **policy** during the **policy period**, a pro rata refund of the unearned premium, less a ten percent (10%) cancellation charge, shall be returned.

We will ordinarily provide the **policyholder** sixty (60) days notice of cancellation or nonrenewal.

However, when the cancellation is due to nonpayment of premium, or the loss or suspension of **your** license to practice **your** profession, **we** will only provide the **policyholder** ten (10) days notice of cancellation. If this **policy** is canceled by **us** earned premiums shall be computed pro rata.

Premium adjustments may be made either at the time cancellation is effected or as soon as practicable after cancellation becomes effective, but payment or tender of unearned premiums is not a condition of cancellation.

Except as noted above concerning nonpayment of premium or loss of license, after this **policy** has been in effect for ninety (90) days or longer, **we** will not cancel the **policy** except for one or more of the following reasons:

a. failure to comply with underwriting requirements established by the insurer within ninety (90) days of the date of effectuation of coverage;

b. substantial change of risk covered by the **policy**; or

c. the cancellation is for all **insureds** under such policies for a given class of **insureds**.

If **we** cancel the **policy** for any reason specified in a, b, or c above, **we** will provide the **policyholder** with a sixty (60) day cancellation notice.

If the **policy** is cancelled by the **policyholder**, any physician or surgeon who is **insured** under this **policy** shall have thirty (30) days from the cancellation date to obtain coverage under another one of **our** policies that provides the same coverage as provided under this **policy**.

If any physician or surgeon who is an **insured** under this **policy** because of their being a partner, stockholder or employee of the **policyholder** and they cease being a partner, stockholder or employee of the **policyholder**, then that physician or surgeon shall have thirty (30) days from the change of status within which to obtain coverage under another one of **our** policies which provides the same coverage as provided under this **policy**.

5. Policy Territory:

This **policy** applies to a **medical incident** occurring in the United States of America, including its territories and possessions, Puerto Rico and Canada. A **claim** must be made and suit must be filed within the United States of America only.

6. Assignments and Transfers:

Neither the **policyholder** nor anyone else covered under this **policy** can assign or transfer **your** or their interest in the **policy**. If **you** die or are adjudged mentally incompetent, the coverage under the **policy** shall be automatically terminated as to **you**, and, **your** interest in the **policy** shall be automatically transferred to **your** duly appointed legal representative.

Any unearned premium shall be calculated on a pro rata basis from the termination date and returned according to the provisions of this **policy**.

7. Settlement of Claim or Suit:

We have the right to determine, to make, and to conclude, without **your** permission, in accordance with applicable law, any settlement within **your policy** limits.

8. Other Insurance:

A loss that is covered under this **policy** may also be covered under another insurance **policy** or risk transfer instrument, including but not limited to, self-insured retentions, deductibles, or other alternative arrangements.

The coverage provided by all Coverage Parts of this **policy** shall apply as excess insurance to any coverage under another insurance **policy** or risk transfer instrument.

We shall not be liable under this **policy** for a greater proportion of such loss than the applicable limit of liability under this **policy** for such loss bears to the total applicable limits of liability of all valid and collectible insurance or risk transfer instruments, whether primary, contributory, excess, contingent or otherwise.

These other insurance provisions do not apply to any insurance policies or risk transfer instruments written as specific excess insurance over the limits of liability of this **policy**.

9. Recovering Damages From a Third Party:

Any **insured** covered under this **policy** may be able to recover all or part of a loss from a person or organization other than **us**; therefore, each **insured** must do all that is reasonably possible to preserve any right of recovery. If **we** make a payment under this **policy** then the right of recovery shall belong to **us** (on **your** behalf). If **we** recover more than **we** have paid then the excess shall belong to the **insured** who had the loss, but **we** shall deduct **our** recovery expenses first, including a reasonable attorney's fee.

10. Lawsuits Against Us:

You may not bring legal action against **us** concerning this **policy** until:

- a. **you** have fully complied with all the provisions of this **policy**; and
- b. the amount of **your** obligation to pay has been decided. Such amount can be set by court judgment or by written agreement between **you**, **us** and the claimant.

No person or organization (including **you**) can join **us** in an action against **you**, and no one can sue **us** directly on a **claim** against **you**.

After liability against **you** has been determined by court judgment or written agreement, the party making the **claim** may be able to recover under this **policy** but only up to the limit of **your** coverage. If **you** or **your** estate is adjudged bankrupt or becomes insolvent, **we** will still be obligated under this **policy**.

11. Fraud and Misrepresentation:

This **policy** shall be void if **you** or any **insured** covered under this **policy** fail or refuse to disclose any relevant fact or information to **us**, alter, conceal or destroy any relevant record or document, mislead **us** or defraud or lie to **us** about any relevant issue relating to coverage under this **policy**, either before or after a loss. Unintentional errors or omissions, however, will not affect **your** rights under this **policy**.

12. Our Right To Inspect and Audit:

You agree to let **us** inspect **your** property and business operations during normal business hours while this **policy** is in force. **We** are not, however, required to make inspections. Nor will **we** guarantee that **your** property or operations are safe, or that they will conform to any laws, rules or regulations. **You** also agree to allow **us** to examine and audit **your** books and records that relate to this insurance at any time up to three years after the **policy** ends. Any inspection, surveys, reports or recommendations shall relate only to insurability under the **policy** and premium charged.

13. How State Law Affects this Policy:

This **policy** is issued according to the laws of the state shown in the mailing address of the **policyholder**.

der as shown on the Coverage Summary. Any part of this **policy** that conflicts with the laws of any state is automatically changed to conform to that law.

14. What To Do If You Have a Claim:

Notification:

a. Tell **us** what happened as soon as possible after the **claim** has been made. Also, let **us** know as soon as possible if **policyholder** hears of a potential **claim** or is made aware of having done something that may later result in a **claim**.

b. Notify the police if any laws may have been broken.

c. Send **us** copies of all **claims** or demands or legal documents as soon as possible.

When providing information to **us**, be sure to include the time and place of the event, the persons involved, the specific nature of the incident, including the type of **claim** that may result, and the names and addresses of any witnesses and injured people.

Cooperation:

You are required to fully cooperate with **us** or **our** designee in the making of settlements within the **policy** limits of liability, the conduct of suits or other proceedings and enforcing any right of contribution or indemnity against another, who may be liable to **you** because of **injury, damage, loss or expense**. If **we** ask, **you** shall attend hearings and trials, assist in obtaining and presenting evidence and obtaining the attendance of witnesses.

You are required to cooperate fully in the review process prescribed under Florida Statute 766.106 if a notice of intent to file a **claim** for medical malpractice is made against **you**.

Do not agree to any financial obligations or make any payments of money without **our** authorization. Doing so will result in **our** not making reimbursement of any payment or obligation, even though it may have been covered by this **policy**.

Keep **your** records in a safe place. Do not alter, cancel or destroy **your** medical records or commit any act that would interfere with **our** ability to defend a **claim** or lawsuit against **you**.

Create a separate litigation file for all items relating to a **medical incident, claim** or lawsuit.

15. Extended Reporting Period:

a. When coverage under this **policy** ends for any reason, the **policyholder** has the right, but not the obligation, to buy an Extended Reporting Period endorsement, commonly referred to as "tail coverage." If purchased, this endorsement allows **you** to report to **us** **claims** that resulted from **medical incidents** that occurred subsequent to the **retroactive date** and prior to the **expiration date** of the **policy**.

b. The **policyholder** must submit a written request expressing a desire to purchase this endorsement within thirty (30) days after the date **we** mailed notification of **your** option to purchase this endorsement. This notification will outline the payment options for this endorsement.

c. The **policy** language that applied immediately prior to the cancellation date will apply to all **claims** submitted during the extended reporting period. The broadening of the coverage portion of the Policy Changes provision found in the General Conditions section will not apply during the Extended Reporting Period.

d. The Per Claim limit of liability that applied to **you** on the cancellation date will apply to all **claims** submitted during the Extended Reporting Period. The Aggregate limit that applied to **you** on the cancellation date is the maximum amount **we** will pay for all **claims** covered under this **policy** prior to the cancellation as well as under the Extended Reporting Period.

e. Payment of the premium must be made within thirty (30) days of the billing date for each extension.

If **we** fail to receive any payment due, **we** will send an official notice of termination effective on the effective date of the coverage period, with allowances made for appropriate consideration of reinstatement in the event a payment was lost in the mail or not properly applied to **your** account.

f. There will be no charge for Extended Reporting Period endorsement if any of the following events take place while the **policyholder** or **insured physician** are actively insured with **us**:

(1) dies (We must have a copy of the Death Certificate or other proof of death.);

(2) becomes **disabled** and cannot continue the practice of medicine; or

(3) fully **retires** from the practice of medicine at any age and have been continuously insured by **us** for the last five years immediately before retirement.

In the event the **policyholder** or **insured physician** decides to return to medicine, they must notify **us** in writing. If **you** report a **claim** to **us** under the Extended Reporting Period and **we** determine **you** were not fully retired from the practice of medicine, no coverage will apply to the **claim**.

COMMON EXCLUSIONS

This **policy** shall not cover:

1. Any **injury** or **damages** that award punitive or exemplary **damages** unless coverage for those types of **damages** are required by the state insurance regulatory agency where this **policy** is issued.
2. Any **injury** or **damages** resulting from an intentional tort, criminal act, or for acts or omissions while under the influence of intoxicants or narcotics.
3. Any **injury** or **damages** that **you** or any **insured** must pay under any unemployment or workers' compensation, disability benefits, or other similar law.
4. Any **injury** or **damages** resulting from **you** owning, using, taking care of, operating, leasing or renting, loading or unloading, or entrusting to others any auto, non-owned auto, mobile equipment, motor vehicle, water craft or aircraft. Any auto, non-owned auto, mobile equipment, motor vehicle, water craft or aircraft which is loaned to **you** or which is operated for **you** by an employee in the course of their employment is also excluded. This exclusion does not apply to the parking of a non-owned auto on **your** premises or adjacent roads.
5. Any **injury** or **damages** to:
 - a. your employee arising out of and in the course of employment by **you**; or
 - b. the spouse, child, parent, brother or sister of that employee as a consequence of "a." above.

This exclusion applies to any liability **you** have assumed under any contract or agreement other than a contract covered by this **policy**. However, this exclusion shall not apply if you are providing immediate medical or surgical care to an employee after an **injury** or there is a **medical incident** resulting from providing of **professional services** to an employee.
6. Any **injury** or **damages** arising out of any:
 - a. refusal to employ;
 - b. termination of employment; or
 - c. coercion, demotion, reassignment, defamation, harassment, humiliation, discrimination or any other employment related practices, policies, acts or omissions.
7. Any **injury** or **damages** arising out of **claims** asserting any business or employment dispute, antitrust violations, unfair competition, boycott, conspiracy, the independent tort of conspiracy, trademark, patent or copyright infringement, misappropriation of trade secrets, breach of covenant not to compete, non-competition agreement, interference with business relations or contract, or any other act or omission which violates any statute, ordinance or regulation imposing any fine, penalty or other sanction.
8. Any **injury** or **damages** due to any acts of war.
9. Any **injury** or **damages** due to **your** legal responsibility resulting from the manufacturing, distributing, selling or serving of alcoholic beverages, or if **you** are the owner or lessor of locations used for such purposes.
10. Any required return or withdrawal of fees or government payments to **you**, the payment of any fines, penalties, sanctions or any multiplication of amounts payable as penalties under this **policy** imposed by law.
11. Any fees, costs, expenses or other charges attributable to compensation of private legal counsel **you** may retain to protect **your** personal interests, whether or not a conflict of interest exists between **you** and **us**.
12. Any **damages** based upon the Employee Retirement Income Security Act of 1974, Public law 93-406 commonly referred to as the Pension Reform Act of 1974, and amendments thereto or similar provisions of any federal, state or local law.
13. Any **injury** or **damages** arising out of, relating to or involving the actual, alleged or threatened exposure at any time to asbestos; or that may be awarded or incurred:
 - a. by reason of a **claim** or suit relating to asbestos; or
 - b. in complying with a governmental directive or request to test for, monitor, clean up, remove, contain or dispose of asbestos.

14. Nuclear Energy Liability Exclusion:

This **policy** shall not cover:

- a. Under this **policy** or supplemental payments provision for any **injury**, sickness, disease, death or destruction; or bodily injury or property damage:
 - (1) with respect to which an **insured** under the **policy** is also an **insured** under a nuclear energy liability **policy** issued by Nuclear Energy Liability Insurance Association, Mutual Atomic Energy Liability Underwriters or Nuclear Insurance Association of Canada, or would be an **insured** under any such **policy** but for its termination upon exhaustion of its limit of liability; or

- (2) resulting from the hazardous properties of nuclear material and with respect to which (a) any person or organization is required to maintain financial protection pursuant to the Atomic Energy Act of 1954, or any law amendatory thereof, or (b) the **insured** is, or had this **policy** not been issued would be, entitled to indemnity from the United States of America, or any agency thereof, under any agreement entered into by the United States of America, or any agency thereof, with any person or organization.
- b. Under any Medical Payments Coverage Part, or under any supplementary payments provision relating to (i) immediate medical or surgical relief; (ii) first aid expenses incurred with respect to bodily injury, sickness, disease or death; or (iii) bodily injury resulting from the hazardous properties of nuclear material and arising out of the operation of a nuclear facility by any person or organization.
- c. Under any Coverage Part for any **injury**, sickness, disease, death or destruction, or bodily injury or property damage resulting from the hazardous properties of nuclear material, if:
- (1) the nuclear material is at any nuclear facility owned by, or operated by or on behalf of an **insured** or has been discharged or dispersed therefrom; or (2) the nuclear material is contained in spent fuel or waste at any time possessed, handled, used, processed, stored, transported or disposed of by or on behalf of an **insured**; or (3) the **injury**, sickness, disease, death or destruction, or bodily injury or property damage arises out of the furnishing by an **insured** of services, materials, parts or equipment in connection with the planning, construction, maintenance, operation or use of any nuclear facility; but if such facility is located within the United States of America, its territories or possessions or Canada, this exclusion subsection (c) applies only to any injury to or destruction of property at such nuclear facility, or property damage to such nuclear facility and any other property thereat.
 - d. As used in this exclusion: **hazardous properties** include radioactive, toxic or explosive properties; **nuclear materials** means **source materials**, **special nuclear material** or **byproduct material**; **source material**, **special nuclear material**, and **byproduct material** have the meanings given them in the Atomic Energy Act of 1954 or in any law amendatory thereof; **spent fuel** means any fuel element or fuel component, solid or liquid, which has been used or exposed to radiation in a nuclear reactor; **waste** means any **byproduct material** other than tailings or waste produced by the extraction or concentration of uranium or thorium from any ore processed primarily for its **source material** content and resulting from the operation by any person or organization of any **nuclear facility** as defined in subparagraphs (1) and (2) of the definition of **nuclear facility**.
nuclear facility means:
 - (1) any nuclear reactor;
 - (2) any equipment or device designed or used for (a) separating the isotopes of uranium or plutonium, (b) processing or utilizing spent fuel, or (c) handling, processing or packaging waste;
 - (3) any equipment or device used for the processing, fabricating or alloying of special nuclear material if at any time the total amount of such material in the custody of the **insured** at the premises where such equipment or device is located consists of or contains more than 25 grams of plutonium or uranium 233 or any combination thereof, or more than 250 grams of uranium 235; or
 - (4) any structure, basin, excavation, premises or place prepared or used for the storage or disposal of waste, and includes the site on which any of the foregoing is located, all operations conducted on such site and all premises used for such operations; "nuclear reactor" means any apparatus designed or used to sustain nuclear fission in a self-supporting chain reaction or to contain a critical mass of fissionable material; *with respect to injury to or destruction of property, the word "injury" or "destruction" includes all forms of radioactive contamination of property*; "property damage" includes all forms of radioactive contamination of property.
 - e. The inception dates and thereafter of all original policies affording coverages specified in this paragraph whether new, renewal or replacement, being policies which become effective on or after 1st May, 1960, provided this paragraph shall not be applicable to (i) Garage and Automobile Policies issued by the Reassured on New York risks, or (ii) statutory liability insurance required under Chapter 90, General Laws of Massachusetts, until 90 days following approval of the Broad Exclusion Provision by the Governmental Authority having jurisdiction thereof.

Without in any way restricting the operation of paragraph a. of this exclusion, it is understood and agreed that paragraphs b. and c. above are not applicable to original liability policies of the Reassured in Canada and that with respect to such policies this Clause shall be deemed to include the Nuclear Energy Liability Exclusion Provisions adopted by the Canadian Underwriters' Association of the Independent Insurance Conference of Canada.

DEFINITIONS

Wherever used in this **policy**, the following words or phrases in bold type shall have these meanings:

Accident means an event or circumstance proximately caused by the **insured** that is neither expected nor intended from the standpoint of the **insured**.

Advertising Injury means **injury** arising out of one or more of the following: (a) oral or written publication of material that: (1) slanders or libels any entity or disparages an entity's goods, products or services; or (2) violates an entity's right of privacy; (b) misappropriation of advertising ideas or style of doing business; (c) infringement of copyright, title or slogan.

Claim means any expression of an intent to hold **you** responsible for **damages** arising from the rendering or failure to render **professional services** by **you** or by someone for whom **you** are legally responsible. If this **policy** is terminated for any reason, **we** will not accept incident reports that do not comply with the definition of **claim** as **claims**.

Claim Expenses means the fees charged by an attorney **we** designate; and all other fees, costs and expenses, including interest on that part of any judgment that does not exceed the limit of **your** coverage, which result from the investigation, adjustment, defense and appeal of a claim.

These expenses must be incurred by **us**, or by **you** with **our** prior written consent.

Damages means all amounts of money which are payable because of **injury** to which this insurance applies.

Disabled means permanent, complete and continuous inability to perform duties of the health care profession, as certified by a physician acceptable to **us**.

Injury means bodily injury, sickness, disease, mental or emotional distress sustained by a person, or death resulting from such injury.

Insured means any person or entity covered under this **policy**.

Insured Organization means any partnership, professional corporation, professional association, limited liability company or other entity designated as such on the Coverage Summary.

Insured Physician means any physician or surgeon designated as such on the Schedule of Covered Persons.

Medical Incident means any act, error or omission in the providing of or failure to provide **professional services** by **you** or by someone for whom **you** are legally responsible. For the purposes of this definition, treatment of mother and fetus (or fetuses) from conception through postpartum care constitutes a single **medical incident**, and a continuing course of treatment or repeated exposure to substantially the same general conditions constitutes a single **medical incident**.

Occurrence means an **accident**, including continuous or repeated exposure to conditions, which proximately result in **injury** or property damage, neither expected nor intended from the standpoint of the **insured**.

Policy means the Medical Professional Liability Insurance Policy, the Coverage Summary, the applicable Coverage Part or Parts, Schedule of Covered Persons and any Endorsements to the **policy**.

Policyholder means the person or organization designated as such in the Coverage Summary.

Policy Period means the date and time when the **policy** begins and ends as set forth in the Coverage Summary.

Professional Services means providing or failing to provide medical services, including making or failing to make a medical diagnosis.

Retroactive Date, as specified in the Coverage Summary, means the earliest date on or after which a **medical incident** would be covered under this **policy**. No coverage exists for a **medical incident** that occurred prior to the **retroactive date**.

Retire means to completely withdraw from the practice of medicine.

Sexual Misconduct means any sexual act, intimacy, assault, molestation, harassment, exploitation, or any treatment, procedure, conduct or behavior that is considered undue sexual familiarity.

You and **your** means (a) the **policyholder**; (b) an **insured physician**; (c) any approved locum tenens employed by the **policyholder** while acting within the scope of their duties as such; (d) any physician or surgeon who becomes a partner, stockholder, or employee of the **policyholder** during the **policy period** provided that within 30 days (1) **we** are notified of such appointment, election, ownership or employment; (2) on the date **you** notify **us**, all other physicians or surgeons who are partners, officers, shareholders, or employees are named in this **policy**; and (3) such physician or surgeon submits a completed application to **us**; (e) any authorized volunteer worker of the **policyholder**, other than the health care provider, but only while acting within the scope of their duties as such; (f) any of the employees of the **policyholder** other than a physician or surgeon, but only while acting within the scope of their duties as such.

We, us and our means First Professionals Insurance Company.

This **policy** is signed by **our** President, but is not valid unless a Coverage Summary signed by **our** authorized representative is attached.

President

PROFESSIONAL LIABILITY COVERAGE PART

This Coverage Part provides protection against professional liability **claims** that are brought against **you** by a patient in **your** practice as a physician or surgeon. The coverage is written on a claimsmade basis which means **claims** that are the result of **medical incidents** happening after the

retroactive date stated in the Coverage Summary are covered. The **claim** must first be made against **you** and reported to **us** while this Coverage Part is in effect. **We** consider a **claim** to be made on the date **you** first contact **us** regarding a **medical incident** or **injury** that **you** reasonably believe will result in a **claim** being made against **you**. No coverage exists for **claims** first made against **you** after the end of the **policy period** unless, and then only to the extent, an Extended Reporting Period applies as determined in the Conditions section of the **policy**.

We will defend any **claim** brought against **you** for **damages** covered under this Coverage Part. **We** will do this even if the **claim** is groundless and fraudulent. We will not defend or pay a **claim** after the applicable Limits of Liability of the Coverage Part has been used to pay judgments or settlements.

A. Coverage Agreement

You are covered for **injury** or **damages** arising from a **medical incident** resulting from:

1. **Your** providing or failure to provide **professional services** to a patient.
2. **Your** refusal to treat or to accept a person as a patient, or for wrongful termination, transfer or abandonment of the care and treatment of a patient.
3. **Your** providing or failure to provide **professional services** to any injured person at the scene of an **accident** or emergency and/or failure to provide or arrange for further medical treatment for the injured person.
4. **Your** providing or failure to provide **professional services** to anyone for and at the request of a hospital, school, religious entity, non-profit organization, or state or local governmental agency for which neither the requesting entity or organization nor **you** expect, charge or receive any compensation.
5. **Your** service as a member of a partnership, corporation or professional association, but that organization is only covered for **injury** or **damages** resulting from the providing or withholding of **professional services** to a patient by **you** individually.

The organization is not protected for acts of any other members of the partnership, corporation or professional association. There will be no coverage under this Coverage Part unless the partnership, corporation or professional association is specifically named on the Coverage Summary.

6. **Your** vicarious liability resulting from the providing or failure to provide **professional services** by **your** employee, leased employee or loaned employee whose acts **you** are legally responsible. These persons will be covered by this Coverage Part only while they are acting within the scope of their employment. There is no coverage under this section for the acts of anyone specifically listed in Exclusion 4 and 5 of the "Exclusions" section of this Coverage Part. The coverage under this section does not increase the Limits of Liability under this Coverage Part. These persons share **your** individual Limits of Liability under this Coverage Part. However, if the **policy** also provides organization coverage by the attachment of the Professional Organization Coverage Part then the covered person(s) will share the Limits of Liability provided by the Professional Organization Coverage Part, as shown on the Coverage Summary. Insurance provided under this Coverage Part is excess of and payable only after all other valid insurance and self-insurance limits of coverage have been exhausted paying settlements and judgments.
7. **Your** vicarious liability for providing or failure to provide **professional services** by medical students and/or residents only when working in **your** medical practice while acting within the scope of a program approved by their educational institution.
8. **Your** service on a formal hospital or professional society board or committee. However, the coverage provided by this Coverage Part shall not apply if **you** have other insurance coverage or it is provided to or on **your** behalf by another or an agreement providing some form of protection to **you** for these services.
9. **Your** quality assurance activities when performed for the purposes of evaluating and improving the quality of health care services and for patient safety. **We** will cover **you** when **you** participate as a

member, a witness or a clinical practice advisor of a formal credentialing, peer review or quality assurance board or committee formed by an organization for the purposes of improvement of patient safety or the quality of health care services delivered to patients. Quality assurance activities do not include **your** services to an organization, which reviews utilization, necessity and treatment issues related to controlling health care costs unless added by endorsement or Coverage

Part. However, the coverage provided by this section of the Coverage Part shall apply in excess of other insurance coverage provided to or on **your** behalf by another or an agreement providing some form of protection to **you** for these activities.

10. **Your** providing or failure to provide **professional services** which results in the personal **injury** to a patient resulting from false arrest, detention, imprisonment, libel, slander, defamation of character, violation of an individual's right to privacy, mental anguish, mental shock or humiliation. Personal **injury** arising out of **sexual misconduct** is not covered. However, the coverage provided by this section of the Coverage Part shall apply in excess of other insurance coverage provided to or on **your** behalf by another or an agreement providing some form of protection to **you** for these services.
11. **Your** negligence in placing, or causing to be placed erroneous medical information in a medical chart or in an electronic medical record. **You** will also be covered if **you** relied upon erroneous medical information in a medical chart or in an electronic medical record in providing **professional services**.
12. **Your** wrongful or unauthorized disclosure of patient confidential or privileged medical information to person or persons who are not otherwise entitled to it.

B. Limits of Liability

1. The Per Claim coverage limit stated on the Coverage Summary is the maximum amount **we** will pay for all **damages** and all **claims** or causes of action of any kind against all organizations and persons covered by this Coverage Part that have arisen from an event or a series of events. The providing or failure to provide **professional services** to a patient, even when seen on different occasions and by different persons covered by this Coverage Part, shall be considered having arisen from a series of events, and only one Per Claim coverage limit shall apply. **Damages** shall include an award of attorney fees for a claimant. If more than one person is covered under this Coverage Part, the Per Claim coverage limit will still be the maximum amount **we** will pay.
2. The Aggregate coverage limit stated on the Coverage Summary is the maximum amount **we** will pay for all **damages** and all **claims** or causes of action of any kind arising from **claims** reported in any single **policy period**.
3. **Claim expenses** are in addition to the Limits of Liability.

C. Additional Benefits

In addition to the Limits of Liability to pay a **claim**:

1. **We** will pay premiums for appeal bonds or to release property that is being used to secure a legal obligation, but only bonds valued up to the limit of liability of the **policy**. We have no obligation to apply for or to furnish the bond.
2. **We** will pay all costs of defending the **claim**, including the interest on that part of any judgment that does not exceed the limit of coverage. However, this additional benefit will not include any attorney fees for a claimant. **We** will pay all reasonable costs incurred at **our** request to investigate or defend a claim or suit against **you**. This includes loss of earnings not to exceed \$500 per day for **your** attendance at hearings or trials.

D. Exclusions

We will not defend or pay under this coverage part for:

1. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability as a proprietor, superintendent, medical director, administrative or executive officer of any of (but not limited to) the following:
 - a. hospital, nursing home or sanitarium;
 - b. clinic with bed and board facilities;
 - c. outpatient surgery center, health care facility, laboratory, emergency medical service; or
 - d. other business enterprise.

This exclusion does not apply to **claims** arising from laboratory or health care facilities:

1. you maintain for testing of **your** own patients; or
2. necessary to the practice of **your** specialty.
3. Any **injury** or **damages** for liability that **you** have assumed under a contract or agreement. This exclusion does not apply to liability the **policyholder** or **insured physician** assume in a contract with a health maintenance organization, preferred provider organization, independent practice association

- or any other similar organization, but only for such liability as is attributable to **your** providing or failure to provide **professional services** to a patient.
4. Any **injury** or **damages** resulting from the administration of regional or general anesthesia, except local and infiltrative anesthesia and regional anesthesia not involving major plexus nerve blocks, unless there is a specific endorsement attached to this **policy**.
 5. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability for the acts or omissions of any employed chiropractor, podiatrist, optometrist, physician's assistant, nurse anesthetist, nurse midwife or nurse practitioner, unless the employee is individually **insured** either by **us** or by another company acceptable to **us**; and unless proof of other insurance with limits of liability acceptable to **us** is provided in the form of a Certificate of Insurance issued to **us** or other proof accepted by **us**. **You** may individually insure a physician's assistant, nurse anesthetist, nurse midwife or nurse practitioner as a designated employee on this **policy**.
 6. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability for the providing or failure to provide **professional services** to a patient by any employee of:
 - a. a hospital, nursing home or sanitarium;
 - b. a clinic with bed and board facilities; or
 - c. an outpatient surgery center, health care facility, laboratory or emergency medical service facility.
 7. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability for any physicians **you** employ. However, this exclusion will not apply if those physicians are individually **insured** either by **us** or by another company acceptable to **us**. Those physicians must have other insurance with a Per Claim and Aggregate limit of at least the amount provided by this **policy** and proof must be provided in the form of a Certificate of Insurance issued to **us** or other proof accepted by **us**.
 8. Any **injury** or **damages** **you** are liable for while on active duty in the United States Military Service or Reserve or any National Guard Unit.
 9. Any **injury** or **damages** in the event **you** or someone **you** instruct fraudulently alters, defaces or falsifies any records.
 10. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability arising out of **your** own sexual activity or the sexual activity of those for whom **you** are legally responsible. This exclusion applies whether the sexual activity is done under the guise of treatment or otherwise and with or without the consent of the individual. However, **we** will defend any action until such time as **you** admit to such relations or contact or they have been found to have occurred by any judicial, quasi-judicial or administrative body. However, this exclusion does not apply if caused by sexual activity of non-physician employees for whom **you** are legally responsible when such activity is done without **your** actual or implied knowledge.
 11. Any **injury** or **damages** for liability arising out of the manufacturing, selling, distribution, disposing, altering or dispensing of any product by **you**, or to any person. But this exclusion does not apply to dispensing of pharmaceuticals or medical appliances to **your** own patients when such dispensing arises out of the rendering of or failure to render **professional services** to a patient.
 12. Any **injury** or **damages** resulting from **claims** that **you** or any entity for which **you** are serving is entitled to sovereign immunity defense or limitation. However, this exclusion does not apply if **you** are not entitled to sovereign immunity defense or limitation.
 13. Any **injury** or **damages** resulting from **claims** or lawsuits arising out of **your** rendering or failing to render **professional services** while **your** license to practice or license to prescribe controlled substance has been suspended, revoked, restricted or voluntarily surrendered.
 14. Any **injury** or **damages**:
 - a. arising out of a **medical incident** which happened either before the **retroactive date** or after the **retroactive date** if on the effective date of this **policy** **you** knew or had been told that the **medical incident** would result in a **claim**; or
 - b. any claim that on the effective date of this **policy** is a reported **medical incident**; a pending **claim** or proceeding; or a paid **claim**; or c. arising out of a **medical incident** disclosed on **our** application(s) or during the application process.
 15. Any **injury** or **damages** resulting from any individual hired or employed by or on behalf of **your** patient.

PROFESSIONAL ORGANIZATION COVERAGE PART

This coverage applies only if indicated on the Coverage Summary and a premium is shown.

This Coverage Part provides protection against professional liability **claims** for the Professional Organization shown on the Coverage Summary for **damages** resulting from the providing of or failure to provide **professional services** to a patient by anyone for whose acts the Professional Organization is legally responsible.

This Coverage Part provides protection for the Professional Organization's employee, leased employee or loaned employee for providing or failure to provide **professional services** to a patient. These persons will be covered by this Coverage Part only while they are acting within the scope of their employment. There is no coverage under this paragraph for the acts of those persons specifically listed in Exclusion 4 and 5 of the "Exclusions" section of this Coverage Part. Any

coverage for these employees does not increase the Limits of Liability under this Coverage Part.

These employees share the Professional Organization's Limits of Liability under this Coverage Part.

The coverage is written on a claims-made basis that means **claims** resulting from **medical incidents** happening after the **retroactive date** stated in the Coverage Summary are covered. The **claim** must first be made against the Professional Organization and reported to **us** while this insurance is in effect. **We** consider a **claim** to be made on the date **we** are first contacted regarding a **medical incident** or **injury** in which there is reasonable belief that a **claim** against the Professional Organization will result. No coverage exists for **claims** first made against **you** after the end of the **policy period** unless, and then only to the extent, an Extended Reporting Period applies as determined in the Conditions section of the **policy**.

We will defend any **claim** brought for **damages** covered under this coverage part. **We** will do this even if the **claim** is groundless and fraudulent. **We** will not defend or pay a Claim after the applicable Limit of Liability has been used to pay judgments or settlements.

A. Limits of Liability

The limits of liability specified in the Coverage Summary applicable to the Professional Organization shall apply to all **claims** or suits made or brought against (1) the Professional Organization; (2) any other covered employee and (3) any **insured physician**, provided such liability arises out of the providing of, or failure to provide **professional services** by any person other than such **insured physician** for whose acts or omissions such **insured physician** is liable solely by reason of his status as a member, partner, officer, director or shareholder of the **insured organization**.

1. The Per Claim coverage limit stated on the Coverage Summary is the maximum amount **we** will pay for all **damages** and all **claims** or causes of action of any kind against all organizations and persons covered by this Coverage Part that have arisen from an event or a series of events. The providing or failure to provide **professional services** to a patient, even when seen on different occasions and by different persons covered by this Coverage Part, shall be considered having arisen from a series of events, and only one Per Claim coverage limit shall apply. **Damages** shall include an award of attorney fees for a claimant. If more than one person is covered under this Coverage Part, the Per Claim coverage limit will still be the maximum amount **we** will pay.
2. The Aggregate coverage limit stated on the Coverage Summary is the maximum amount **we** will pay for all **damages** and all **claims** or causes of action of any kind arising from **claims** reported in any single **policy period**.
3. **Claim expenses** are in addition to the Limit of Liability.

B. Additional Benefits

In addition to the Limits of Liability to pay a **claim**:

1. **We** will pay premiums for appeal bonds or to release property that is being used to secure a legal obligation, but only bonds valued up to the limit of liability of the **policy**. **We** have no obligation to apply for or to furnish the bond.
2. **We** will pay all costs of defending the **claim**, including the interest on that part of any judgment that does not exceed the limit of coverage. However, this additional benefit will not include any attorney fees for a claimant. **We** will pay all reasonable costs incurred at **our** request to investigate or defend a **claim** or suit against **you**. This includes loss of earnings not to exceed \$500 per day for **your** attendance at hearings or trials.

C. Exclusions

We will not defend or pay under this Coverage Part for:

1. Any **injury** or **damages** arising from the acts or omissions of any physicians not listed on the Schedule of Covered Persons attached to this **policy**. However, this exclusion will not apply if those physicians are individually **insured** either by **us** or by another company acceptable to **us**. Those physicians must have other insurance with a Per Claim and Aggregate limit of at least the amount provided by this **policy** and proof must be provided in the form of a Certificate of Insurance issued to **us** or other proof accepted by **us**.
2. Any **injury** or **damages**:

- a. arising out of a **medical incident** which happened either before the **retroactive date** or after the **retroactive date** if on the effective date of this **policy you** knew or had been told that the **medical incident** would result in a **claim**; or
 - b. any claim that on the effective date of this **policy** is a reported **medical incident**; a pending **claim** or proceeding; or a paid **claim**; or
 - c. arising out of a **medical incident** disclosed on **our** application(s) or during the application process.
3. Any **injury** or **damages** resulting from **claims** that **you** or any entity for which **you** are serving is entitled to sovereign immunity defense or limitation. However, this exclusion does not apply if **you** are not entitled to sovereign immunity defense or limitation.
 4. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability for the acts or omissions of any employed chiropractor, podiatrist, optometrist, physician's assistant, nurse anesthetist, nurse midwife or nurse practitioner, unless the employee is individually **insured** either by **us** or by another company acceptable to **us** and unless proof of other insurance with limits of liability acceptable to **us** is provided in the form of a Certificate of Insurance issued to **us** or other proof accepted by **us**. **You** may individually insure a physician's assistant, nurse anesthetist, nurse midwife or nurse practitioner as a designated employee on this **policy**.
 5. Any **injury** or **damages** resulting from **your** liability for providing or failure to provide **professional services** to a patient by any employee of:
 - a. a hospital, nursing home or sanitarium;
 - b. a clinic with bed and board facilities; or
 - c. an outpatient surgery center, health care facility, laboratory, emergency medical service facility.
 6. Any **injury** or **damages** resulting from the Professional Organization's liability for or arising out of the sexual activity of those for whom the Professional Organization is legally responsible. However, the Professional Organization is covered for liability caused by sexual activity of non-physician employees for whom the Professional Organization is legally responsible when such activity is done without the Professional Organization's actual or implied knowledge. This exclusion applies whether the sexual activity is done under the guise of treatment or otherwise and with or without the consent of the individual. However, **we** will defend any claim until such time as there is an admission by anyone of such relations or contact or anyone has been found to have occurred by any judicial, quasi-judicial or administrative body.

D. Extended Reporting Endorsement

1. The Extended Reporting Endorsement issued under this **policy** provides coverage only for the **insured organization** and its other covered employees. If a physician leaves the **insured organization** and does not purchase an individual Extended Reporting Endorsement, this coverage does not provide coverage for the physician. However, **we** will continue to provide protection to the **insured organization** for the prior activities of the physician, provided the **insured organization** continues to maintain Professional Organization Coverage.

BROAD FORM INVESTIGATION DEFENSE COVERAGE PART

We will also provide **legal and audit defense costs** for **covered proceedings instituted** against **you** before a regulatory or administrative body arising out of **your** professional practice while **insured** under the **policy** to which this Coverage Part is attached. This Coverage Part includes, but is not limited to, those **covered proceedings** and is subject to all of the provisions listed below:

A. What is Covered

This Coverage Part will pay **legal expenses** on **your** behalf that are **legal and audit defense costs** subject to the terms, General Rules, Definitions, Exclusions and all other provisions, if **you** have a **covered proceeding instituted** against **you**. **We** will pay **legal expenses** on your behalf up to the **maximum legal and audit defense costs** or **group maximum legal and audit defense costs** less any **deductible** as shown in the Coverage Summary attached to this **policy**.

B. General Rules

1. Appeals shall be considered to be part of the original **covered proceeding** and all related **covered proceedings** and all consolidated proceedings arising out of the same events shall be considered as one **covered proceeding**.
2. **You** need to notify **us** within thirty (30) days from the date a **covered proceeding** is **instituted** against **you** in order to receive coverage under this Coverage Part.

3. **You** are only covered if, on the initial effective date of this **policy**, you had no knowledge of any event or circumstance that **you** knew or would reasonably believe may result in **covered proceeding** being **instituted** against **you**.

C. Definitions

1. **Legal and audit defense costs** include any **legal expense** incurred by **you** arising out of a **covered proceeding** instituted against **you** during the **policy period**.
2. **Covered audit** means any audit or review of billing or medical records undertaken by **you** in response to an investigation or proceeding instituted by any federal or state agency alleging violation by **you** of Medicare or Medicaid laws, rules or regulations relating to reimbursement for medical services.
3. **Covered proceedings** mean any proceeding before an administrative or regulatory body arising out of **your** professional practice that requires **you** to incur **legal and audit defense costs**. **Covered proceedings** include but are not limited to:
 - a. An investigation or proceeding **instituted** by the governmental or regulatory agency that is charged with enforcement of compliance with laws regulating Medicare or Medicaid (or other similar federal or state health care program), to determine whether **you** provided **professional services** improperly to a patient covered by Medicare or Medicaid (or other similar federal or state health care program). **Legal and audit defense costs** covered under this section are subject to a deductible as defined in C. Definitions subsection 9. **Deductible** of this Coverage Part.
 - b. An investigation or proceeding **instituted** by any federal or state agency alleging a violation by **You** of Medicare or Medicaid laws, rules or regulations relating to reimbursement for medical services. **Legal and audit defense costs** covered by this section are subject to a deductible as defined in C. Definitions, subsection 9. **Deductible** of this Coverage Part.
 - c. A claim or investigation **instituted** by a patient of **yours**, alleging errors or omissions by **you** in billing statements for **professional services** rendered to such a patient.
 - d. Administrative actions **instituted** against **you** brought by any Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) brought under the administrative rules and procedures promulgated by the EEOC only.
 - e. Investigations **instituted** by any professional licensing agency.
 - f. Any professional review action against **you** by the professional review body of a health care entity with which **you** have clinical privileges or membership, which action is taken for the purpose of adversely affecting said clinical privileges or membership. The terms used in this paragraph shall be defined in 42 United States Code 11151 Definitions.
 - g. An investigation or proceeding **instituted** by the governmental or regulatory agency charged with determining whether **you** participated in the improper transfer of a patient ("dumping"), in violation of the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, as amended ("COBRA").
 - h. An investigation or proceeding **instituted** by a utilization and quality control peer review organization, but only at the level of such investigation or proceeding in which sanctions may be imposed on **you**.
 - i. An investigation or proceeding **instituted** by the governmental or regulatory agency charged with the enforcement of compliance with regulations pertaining to the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 ("CLIA"), whether or not **you** were in violation of such regulations.
 - j. An investigation or proceeding **instituted** by the governmental or regulatory agency charged with the enforcement of compliance with regulations pertaining to the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 ("COBRA '90), whether or not **you** were in violation of such regulations.
 - k. An investigation or proceeding **instituted** by the governmental or regulatory agency charged with the enforcement of compliance with the Occupational Safety and Health Administration ("OSHA") regulations pertaining to blood borne pathogens, whether or not **you** were in violation of such regulations.
 - l. A subpoena or request received by **you**, requiring **you** to testify in a trial, deposition or to provide other discovery, other than as an expert witness, in connection with a legal proceeding arising out of a **medical incident**, but in which **you** are not a party.
 - m. A **claim** or investigation **instituted** by a patient of **yours**, alleging **sexual misconduct** or harassment by **you** in the course of providing **professional services** to such patient.
 - n. A disciplinary proceeding **instituted** by a licensure commission, board of ethics, or similar professional body, which accuses **you** of, or investigated an accusation that **you** engaged in improper or unprofessional conduct in the course of **your** medical practice.
 - o. Proceedings **instituted** against **you** alleging:

- (1) **Your** refusal to treat or to accept a patient as a patient, or for wrongful termination, transfer or abandonment of the care and treatment of a patient.
 - (2) **Your** providing or failure to provide **professional services** to any injured person at the scene of an accident or emergency and/or failure to provide or arrange for further medical treatment for the injured person.
 - (3) **Your** providing or failure to provide **professional services** to anyone for and at the request of a hospital, school, religious entity, non-profit organization or state or local governmental agency for which neither the requesting entity or organization nor **you** expect, charge or receive any compensation.
 - (4) **Your** vicarious liability for providing or failure to provide **professional services** by medical students and/or residents when working in **your** medical practice while acting within the scope of a program approved by their educational institution. The coverage provided by this **policy** shall be excess if **you** have other insurance coverage or an agreement providing some form of protection to **you**.
 - (5) **Your** failure to properly discharge **your** quality assurance activities when performed for the purposes of evaluating and improving the quality of health care services and for patient safety. **We** will cover **you** when **you** participate as a member, a witness or a clinical practice advisor of a formal credentialing, peer review or quality assurance board or committee formed by an organization for the purposes of improvement of patient safety or the quality of health care services delivered to patients. Quality assurance activities do not include **your** services to an organization that reviews utilization, necessity and treatment issues related to controlling health care costs unless added by endorsement. The coverage provided by this **policy** shall be excess if **you** have other insurance coverage or an agreement providing some form of protection to **you**.
 - (6) **Your** negligence in placing, or causing to be placed erroneous medical information in a medical chart or in an electronic medical record. **You** will also be covered if **you** relied upon erroneous medical information in a medical chart or in an electronic medical record.
 - (7) **Your** providing or failure to provide **professional services** which results in the personal injury to a patient resulting from false arrest, detention, imprisonment, libel, slander, defamation of character, violation of an individual's right to privacy, mental anguish, mental shock or humiliation. Personal injury arising out of **sexual misconduct** is not covered. The coverage provided by this **policy** shall be excess if there is any other insurance coverage or an agreement providing some form of protection to **you**.
 - (8) **Your** wrongful or unauthorized disclosure of patient confidential or privileged medical information to a person or persons who are not otherwise entitled to it.
 - (9) **Your** violations of the Americans with Disabilities Act (ADA) if the allegations concern either: (1) the physical accessibility or construction of **your** medical office premises; or (2) a refusal to provide **professional services** to a disabled person.
4. **You** or **yours** means the individual or group of natural persons, licensed as health care professionals, who practice as physicians or surgeons.
 5. **Attorneys** means an individual or group duly licensed to practice law at the time and place the legal services are rendered.
 6. **Instituted**, when referring to the beginning of any **covered proceeding**, means the time formal written notice is given of the **covered proceeding**.
 7. **Legal expense** means an attorney's fee for legal services rendered and any associated expenses. **Legal expense** also includes any fees of an accountant or other consultant in connection with any **covered audit**. No judgments, fines or penalties are covered.
 8. **Maximum legal and audit defense costs** is the total dollar amount of covered **legal and audit defense costs** that will be paid on **your** behalf for all **covered proceedings instituted** during the **policy period** and will apply per licensed health care professional who practices as a physician or surgeon.
 9. **Deductible** means \$1,000 shall be deducted from all amounts paid on **your** behalf for legal and defense costs by **us**. The \$1,000 shall be deducted from each and every **covered proceeding instituted** against **you** that is subject to the **deductible** as determined in C. Definitions subsections 3.a and 3.b. The \$1,000 amount to be deducted shall apply to each health care professional included in any **covered proceeding** for whom coverage is being provided. **We** at **our** discretion may require **you** to pay the **deductible** amount at the outset of a **covered proceeding** or collect the **deductible** amount at any point during the **covered proceeding**.

10. **Group maximum legal and audit defense costs** is the total dollar amount of all covered **legal and audit defense costs** that will be paid for a **policy period** on behalf of **your** entire group for all **Covered proceedings instituted** during that **policy period**. Upon the company paying this amount during a **policy period**, the company has no further obligation to provide any further defense coverage to **you** during that **policy period**.
11. **Criminal prosecution** means any governmental action for enforcement of criminal laws, including offenses, conviction for which could result in imprisonment.

D. Things That Are Not Covered

We will not pay for **legal and audit defense costs**:

1. **You** incurred in disputes with respect to this coverage, including questions as to whether **legal and audit defense costs** are to be paid under this **policy**.
2. **You** incurred in defense of **criminal prosecution**.
3. Arising out of any circumstance or event of which **you** were aware prior to the initial **policy period** which **you** could reasonably believe would result in such **legal and audit defense costs**.
4. Arising out of any matter other than a **covered proceeding**.
5. Arising out of any matter that resulted from **professional services** that were rendered either:
 - a. before the **retroactive date**;
 - b. after the **retroactive date**, if on the inception date of this **policy you** knew or could reasonably have foreseen that it would result in a **covered proceeding**; or
 - c. which on the effective date of this **policy** is:
 - (1) a reported incident;
 - (2) a pending **claim** or **covered proceeding**; or
 - (3) a paid **claim** or **covered proceeding**.
6. Arising out of proceedings **instituted** by any governmental taxing authority for the purpose of conducting an examination of any of **your** tax returns.
7. Arising out of proceedings based upon or arising from or in consequence of the actual or alleged purchase, sale or distribution of securities or the offer or solicitation of an offer to purchase or sell any securities.

E. Payment of Legal and Audit Defense Costs

We will pay on **your** behalf only **legal and audit defense costs** incurred for services rendered and **legal expenses** actually incurred as a result of a **covered proceeding**.

F. Choice of Attorneys

We reserve the right to choose the attorney(s) to represent **you** in any **covered proceeding**.

Anexo B

----- Original Message -----

From: Nicolas Rodriguez

To: Victoria Vincent -

Sent: Wednesday, March 29, 2006 4:33 PM

Subject: Re: Consulta sobre pólizas

Maria Victoria:

Con respecto al termino *Claims Made*, en la práctica laboral, esta incorporado el termino en inglés, igualmente se puede traducir como *Base Reclamo*, en algunos libros se puede encontrar así, pero es mas común encontrar el termino en inglés.

En cuanto a *non-assessment*, realmente fuera de contexto no se que significa, si bien literalmente significaría poliza no valuable o algo similar. Según la definición del INDeR, podría ser una póliza de prima única, pero no me atrevo a definirla así fuera de contexto.

Cabe aclarar que no existe una posición oficial a los términos en inglés, ya que no existen resoluciones al respecto.

Espero haberte sido útil.

Nicolás Rodríguez
Gerencia Técnica
Reaseguros
SSN

----- Original Message -----

From: Victoria Vincent -

To: nrodriguez@ssn.gov.ar

Sent: Monday, March 27, 2006 10:57 AM

Subject: Consulta sobre pólizas

Estimado Nicolás:

Tal como le propusiera telefónicamente, le envío este email para solicitarle información acerca de dos términos en idioma inglés que necesitaría traducir al español: "claims made policy" y "non-assessment policy".

¿Existe algún término técnico en español para referirse a lo que en inglés se denomina "claims made policy"? ¿Cuál es el término que la SSN ha aprobado para su utilización en nuestro país? ¿Existe jurisprudencia o resoluciones de la SNN al respecto?

Con respecto al término "non assessable policy". En el glosario que el INDeR oportunamente publicara figura una clara explicación o definición del concepto, pero no un término exacto en castellano. A continuación, le cito la definición que brinda el glosario del INDeR:

non-assessable policy: póliza por la que el asegurado no está obligado a pagar más prima que la facturada al inicio de la vigencia.

¿Existe algún término técnico en español para referirse a esta cualidad o a este tipo de póliza? ¿Cuál es el término que la SSN ha aprobado para su utilización en nuestro país?

Toda información o explicación que pueda proporcionarme al respecto será más que bienvenida y de suma utilidad para la tesina que estoy preparando para entregar próximamente en la Universidad de Belgrano.

Desde ya le agradezco muchísimo su buena predisposición a mi consulta.

Un saludo cordial.

María Victoria Vincent DNI: 26.648.725

Anexo C

VISTO ...Y

CONSIDERANDO ...

EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS RESUELVE:

ARTICULO 1° - Autorizar a THE PROFESSIONAL'S COMPANY ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL S.A. a operar en el territorio de la República Argentina únicamente en el ramo Responsabilidad Civil, en el Plan de Seguro de Responsabilidad Civil Médica de Clínicas, Sanatorios, Hospitales Públicos y/o Privados y/o Centros Médicos con y/o sin Internación -Bajo Condiciones Base Reclamo- y en el Plan de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Bioquímicos, Obstétricas y/u Otros Auxiliares de la Medicina -Bajo Condiciones Base Reclamo-, con las condiciones contractuales obrantes a fs. 113/142 y 147/160 del expediente Nro. 43.166 y a fs. 85/101 y fs. 105/124 del expediente Nro. 43.167 respectivamente.

ARTICULO 2° - Pase a la Inspección General de Justicia a los efectos de proceder a su inscripción en el Registro Público de Comercio, la cual deberá ser cumplimentada en el término de sesenta (60) días, de conformidad con lo establecido en el artículo 8vo., párrafo 6 de la Ley 20.091.

ARTICULO 3° - Hacer saber a la recurrente que una vez producida la inscripción en el Registro de Entidades de Seguros, deberá comunicar la fecha de inicio de sus operaciones, acompañando copia del o de los contratos de reaseguros que celebre y, ajustarse al régimen de custodia de las inversiones previsto en la Resolución Nro. 25.299.

ARTICULO 4° - Hacer saber a la recurrente que deberá tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 48, inciso a) de la Ley 20.091.

ARTICULO 5° - Comuníquese, notifíquese, expídase testimonio de la presente resolución y publíquese en el Boletín Oficial y una vez cumplimentado lo dispuesto en el artículo 2° de la presente Resolución inscribábase en el Registro de Entidades de Seguros.

Fdo: CLAUDIO O. MORONI. SUPERINTENDENTE DE SEGUROS.

NOTA: La versión completa de la presente Resolución, se puede obtener en Av. Julio A. Roca 721 P. B. Capital Federal. MESA DE ENTRADAS.

e. 21/11 N° 399.738 v. 21/11/2002

#0460

Anexo D

----- Original Message -----

From: [Aldo A. Alvarez](#)

To: 'Vicky'

Sent: Thursday, March 23, 2006 4:39 PM

Subject: RE: Help!

Hola Vicky:

Nuestro mercado habla directamente de claims made lisa y llanamente. No obstante, como sucede con muchos otros términos en idioma inglés aplicados en nuestro día a día, se lo hace en forma distorsionada y han habido algunas variantes que han distorsionado un poco el alcance jurídico del término.

Para simplificar: si querés traducir claims made, hazelo como "cobertura base reclamo" la que se entiende como contraposición a "cobertura base ocurrencia". Estos son los dos sistemas que existen.

Cobertura base reclamo está bien. Te voy a reenviar un texto que preparó Soledad Gramajo para publicar en Estrategas en el que explica como funciona la cosa como para que la entiendas.

Espero haberte ayudado.

Un beso.

AAA

De: Vicky [mailto:victoriavincent@hotmail.com]

Enviado el: Miércoles, 22 de Marzo de 2006 11:09 p.m.

Para: Aldo A. Alvarez

Asunto: Help!

Hola Dr!

¡Espero se encuentre bien!

Estoy investigando si aquí, en Argentina, tenemos acuñado algún término en español para denominar lo que, en inglés, se denomina "claims made policy" y además justificarlo con fuentes sustantivas: ley, jurisprudencia, doctrina..... No obstante, la ley de seguros no me informa demasiado y no encuentro mas que artículos (que no son de doctrina) que no me inspiran mucha seriedad. La consulta viene porque la póliza que estoy traduciendo es una "Modified Claims Made Policy" (le envió adjunta varias definiciones para que vea la diferencia que plantean con la "claims made" pura, aunque Ud quizá ya lo re sepa.....)

Me puse en contacto con la SSN para informarme al respecto y me dijeron que este tipo de pólizas no existe en la Argentina. Que es un subtipo de las claims made, pero que aquí no existe ni se implementó. En 2º lugar, me dijeron que aquí el término claims made no se traduce, se utiliza en inglés. Así, una "claims made policy" es una "póliza claims made" o "de cobertura claims made". Fueron casi "tajantes" en la respuesta de que el término no tiene traducción. ¿Usted podría afirmar que esto es así o en realidad hay algún término acuñado en español? Yo encontré una resolución de la SSN en la que mencionan el concepto "Base Reclamo" (se la envió adjunta porque creo que fue la 1º vez que la SSN aprobó la emisión de este tipo de pólizas en nuestro país). Entiendo que "Base Reclamo" es la traducción de "Claims Made Basis"...Servirá para aplicarlo a la designación de la póliza y decir que se trata de una "póliza (de) base reclamo modificada"?

Bueno, eso es todo. Saludos, Vicky

Anexo E

La Situación de las Coberturas Claims Made en el Mercado Asegurador Argentino.

Dra. Soledad Gramajo

Las coberturas de base reclamo (también conocidas por su terminología en inglés: *claims made*, en adelante "CM") comenzaron a utilizarse en la Argentina, de manera generalizada, a partir de la desregularización del mercado reasegurador en 1992, con el ingreso de nuevas compañías de reaseguro y la aparición de nuevas coberturas (re)asegurativas. En la actualidad, el mercado asegurador argentino de responsabilidad civil que comercializa riesgos de siniestralidad de cola larga (*long tail*) está asegurado mayoritariamente bajo este tipo de coberturas, especialmente responsabilidad profesional de médicos, escribanos, corredores de seguros y reaseguros, contaminación progresiva.

CM es una modalidad de cobertura de responsabilidad civil distinta a la de base ocurrencia. Por medio de ella, el asegurado será mantenido indemne por cuanto deba a un tercero en razón de su responsabilidad civil si tanto el **hecho o acto del que nace su eventual responsabilidad** y que da origen al reclamo, como así también el **reclamo mismo del tercero**, originado en dicho hecho o acto, es realizado durante el plazo de vigencia de la cobertura contratada, conforme a las condiciones y límites establecidos en el contrato.

La cobertura CM tiene sus propias características y éstas características se imprimen en todos los aspectos de la misma y que la diferencian de las coberturas de base ocurrencia, v. gr., la relación asegurativa de continuidad que se desarrolla entre asegurador y asegurado, el sistema de primas y reservas, la contratación del reaseguro, etc. En consecuencia, la CM no puede ser jamás considerada como una cláusula o cláusulas aislada(s) dentro de un contrato de seguro de responsabilidad civil.

Recordamos que el disparador o *trigger* de la cobertura CM es doble, ya que requiere que exista tanto un hecho o incidente generador de un daño, como un reclamo realizado por un tercero que se funde en ese hecho. Sin embargo, nótese que lamentablemente, en la actualidad, se comercializan coberturas a las que se denominan "CM nuevas" y/o "ampliadas" y/o argentinizadas que, por motivaciones que son más de naturaleza comercial que legal, establecen que el disparador de la garantía (*trigger*) es no sólo la fecha de la presentación realizada por el asegurado a la aseguradora del reclamo del tercero, sino también la denuncia o notificación efectuada por el asegurado de la mera presunción de la posibilidad de un reclamo potencial de que un acto puede haber producido un daño indemnizable o no (incidente). Estas pólizas, al dar cobertura al incidente de manera independiente al reclamo, son en realidad coberturas de base ocurrencia. Por lo tanto, no sólo deberían estar cubiertos los incidentes denunciados sino también aquellos que, habiendo ocurrido, no han sido todavía denunciados, independientemente de la aplicación o no del período extendido de denuncias de reclamos, el cuál es absolutamente innecesario en las coberturas de base ocurrencia. Las compañías que comercialicen estas coberturas deberán constituir reservas a partir del incidente y hasta la prescripción de la acción. Además, también el reaseguro deberá ser contratado sobre la base de cobertura ocurrencia.

Las coberturas que habitualmente se comercializan en nuestro mercado son formas impuras de la cobertura CM que otorgan cobertura a incidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia formal, pero dentro la vigencia material del contrato (o "Período de Retroactividad") que den origen a reclamos que sean realizados durante el plazo de vigencia de la póliza, sus sucesivas renovaciones o, aún con posterioridad, a la terminación de la cobertura durante el período extendido de reporte de reclamos, (el "Período Extendido") conforme a las condiciones establecidas en cada contrato en particular.

En la mayoría de los casos, las aseguradoras se reservan el derecho de cobrar un premio adicional, de modo de constituir reservas suficientes para hacer frente a los eventuales siniestros que se reporten durante el Período Extendido. En estos casos, la prima es determinada sobre la base de cálculos actuariales, tomando en cuenta la siniestralidad experimentada en el contrato y proyectándola por el plazo que existe hasta la maduración del riesgo y la prescripción de la acción. Existe una práctica muy apropiada, entre varias aseguradoras de mercado local, que consiste en determinar desde el inicio de la relación contractual cuál será el costo del Período Extendido, calculándolo generalmente sobre la base de un porcentaje de la prima pagada durante la última cobertura. De este modo, se evitan abusos por parte de las aseguradoras, v. gr., que se fijen primas altísimas para mantener cautivo al asegurado, especialmente si el comportamiento de la cartera siniestral no justificara tal precio. Por otra parte, nótese que algunas compañías del mercado aplican una prima adicional desde el principio, para cubrir los siniestros que ocurran durante el Período Extendido. Sin embargo, esta no es una buena práctica, ni desde el punto de vista comercial ni tampoco actuarial. Desde la perspectiva actuarial, es casi imposible determinar *ab initio* cuál va a ser el comportamiento siniestral de un determinado contrato. Si dicha prima fuese insuficiente, la situación económica y financiera de la aseguradora se vería afectada; por lo contrario, si fuese excesiva,

significaría una ganancia injustificada para la aseguradora a costa del asegurado.

No existen fundamentos de fondo para alegar la nulidad de la cobertura, de manera *a priori* y generalizada, especialmente cuando se trata de formas impuras de claims made y si se tiene en cuenta que la mayor parte del mercado de RC está asegurado bajo esta modalidad. Por otra parte, insistir y abogar por la nulidad de estas coberturas solamente crearía situaciones aún más injustas que aquellas que se intentan remediar. Por ejemplo, la imposibilidad de establecer las consecuencias de dicha nulidad, la lesión de los derechos constitucionales de las partes, el dejar a una masa enorme de asegurables sin posibilidades de obtener coberturas adecuadas a precios razonables para la protección de su patrimonio, el dejar a las aseguradoras sin reaseguros confiables y la responsabilidad enorme del estado por el incumplimiento de sus tareas de contralor.

Anexo F

Seguro de Mala Praxis Médica Clínicas, Sanatorios y Hospitales

Base de la cobertura: Claims Made (descubrimiento 10 años)

ARTICULO 1º - 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.

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 2º - 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 siniestros, 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.

ARTICULO 3º - 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 el ítem 3 de 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 el ítem 6 de 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 impetire 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 ítem 6 del 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 el ítem 7 de 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 el ítem 8 de 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 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 el ítem 3 de 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.

ARTÍCULO 4º - 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 el ítem 9 de 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 tuvieron 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 el ítem 8 de las Condiciones Particulares, 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.

ARTICULO 5º - 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.

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 efectúe 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.

ARTICULO 6º - 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 descrita 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 descrito 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.
b. las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras de tipo peligroso de cualquier artefacto explosivo nuclear o componente nuclear del mismo.
- m. Reclamos debidos a enfermedades o muerte causadas por sangre contaminada con el HIV administrada a un paciente.
- 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. La derivación a otras Clínicas, Sanatorios, Hospitales, y otras instituciones similares, cualquiera sea la causa que motive tal derivación.
- 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 prácticas de enfermería, médicas o paramédicas, efectuadas u ordenadas por personas que carezcan de título habilitante.
- s. Intervenciones quirúrgicas que se realicen con el objeto de efectuar cambio de sexo y/o trasplante de órganos 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 por Productos Medicinales.
- v. Responsabilidad Civil derivada de experimentos sobre personas.
- w. Responsabilidad Civil Productos, considerándose como tales también los cultivos bacteriológicos.
- x. 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;

ARTICULO 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 a la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares, 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) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares 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 el ítem 8 de las Condiciones Particulares 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 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.

ARTICULO 8º - 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 P.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 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 el ítem 8 de las Condiciones Particulares, 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.

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 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

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) en el ítem 9 de las Condiciones Particulares. 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 el ítem 8 de 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) en el ítem 8 de las Condiciones Particulares 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 11º - PROCESO PENAL

Si se promoviera proceso penal o correccional, el Asegurado deberá dar inmediato aviso a la(s) persona(s) designada(s) en el ítem 9 de 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.

ARTICULO 12º - VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

La Aseguradora designará a la(s) persona(s) nombrada(s) en el ítem 8 de 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.

ARTICULO 13º - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

ARTICULO 14º - 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 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 el ítem 8 de 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

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 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.

ARTÍCULO 18º - DEFINICIONES

En la presente Póliza, el término "Aseguradora", hace referencia 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.

ARTÍCULO 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.