

Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires

SOLICITUD DE ADHESION AL SEGURO DE MALA PRAXIS

Manifiesto mi voluntad de adherir al Seguro de responsabilidad Civil Profesional (Mala Praxis) ofrecido por Sancor Seguros Cooperativa de Seguros Limitada para ODONTOLOGOS, en base a las condiciones ofrecidas por Sancor Seguros, y autorizando a la Federación Odontológica de la Pcia. de Buenos Aires a proceder al descuento del costo del seguro de la liquidación de obras sociales por servicios odontológicos.

(Se ruega completar con letra de imprenta)

MATRICULA PROVINCIAL N°: _____ **CODIGO ENTIDAD PRIMARIA:** _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO DOCUMENTO: _____ **N° DOCUMENTO:** _____

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE y N° _____

LOCALIDAD: _____ **TELEFONO:** _____

DOMICILIO CONSULTORIO: CALLE y N° _____

LOCALIDAD: _____ **TELEFONO:** _____

FECHA: _____

Firma y Sello del Profesional

Enviando este cupón de adhesión a F.O.P.B.A. antes de fin de mes, Ud. quedará automáticamente asegurado a partir del primer día del mes siguiente.

- 1) Suma Asegurada \$ 120.000, valor de \$ 24,00 por mes.
- 2) Suma Asegurada \$ 150.000, valor de \$ 27,00 por mes.
- 3) Suma Asegurada \$ 200.000, valor de \$ 34,00 por mes.
- 4) Suma Asegurada \$ 300.000, valor de \$ 57,00 por mes.

La cobertura del presente seguro incluye Cirugías, Implantes, Cirugía Buco-Maxilo Facial, Jefe de Equipo, Docencia, Transmisión de Sida y Hepatitis B y C.