

# **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.*