# 

# 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 Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### LOCALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOMICILIO CONSULTORIO: CALLE y Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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.

\*  **Suma Asegurada $ 5.000.000, valor de $ 735,00 por mes.**

\*  **Suma Asegurada $ 6.000.000, valor de $ 875,00 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.

Para aquellos profesionales que se encuentren debidamente autorizados y habilitados tendrán cobertura para la utilización y/o aplicación de la Toxina Botulínica – Acido Hialurónico o Plasma Rico en Plaquetas solo en Cuello y Cara.

Incluye además la cobertura de **Responsabilidad Civil Comprensiva** emergente de la actividad de los consultorios asegurados a través de F.O.P.B.A. por una suma asegurada de **$600.000**

**Seguro de Vida $ 60.000.-**