



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.*

- **Suma Asegurada \$ 3.000.000, valor de \$ 430,00 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 Tóxima Botulínica – Acido Hialurónico o Plasma Rico en Plaquetas solo en Cuello y Cara.

Seguro de Vida \$ 50.000.-