



Solicitud de Alta en el Seguro de Mala Praxis

.....de.....de 20.....
 Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

S / D

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a fin de solicitarle se me incluya en el Seguro por Mala Praxis contratado con la Cooperativa SANCOR, a partir de la próxima emisión de las boletas de aportes previsionales, comprometiéndome al pago de los cargos mensuales. Asimismo, tomo conocimiento que la aceptación de la presente solicitud queda sujeta al informe del Area Contable.

- | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------|---|
| 1) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 1.250.000, prima \$ 230 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 625.000, prima \$ 80 mensual.- |
| 2) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 2.500.000, prima \$ 400 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 1.250.000, prima \$ 140 mensual.- |
| 3) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 3.000.000, prima \$ 472 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 1.500.000, prima \$ 166 mensual.- |
| 4) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 3.500.000, prima \$ 556 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 1.750.000, prima \$ 195 mensual.- |
| 5) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 4.000.000, prima \$ 630 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 2.000.000, prima \$ 220 mensual.- |
| 6) <input type="checkbox"/> | Cobertura \$ 4.500.000, prima \$ 703 mensual.- | <input type="checkbox"/> | Cobertura Estética \$ 2.250.000, prima \$ 247 mensual.- |

Aclaración: El afiliado sólo puede acceder a la cobertura estética que se corresponda al 50% de la suma asegurada que posea para cobertura general.

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

La cobertura estética sólo se aplica a prácticas de estética odontológica que se realicen como complemento de un tratamiento odontológico.

Solicito el alta del Seguro a partir del ____/____/____, quedando aclarado que la fecha será a partir del 1º día del mes solicitado, atento lo requerido por la Cooperativa Sancor de Seguros Limitada. A su vez declaro no tener conocimiento de ningún hecho que pudiera derivar en un reclamo de Mala Praxis a la fecha.

MATRICULA PROVINCIAL N°

MATRICULA NACIONAL N°

IMPORTANTE: La cobertura aquí solicitada se dará de baja automáticamente en caso de que el afiliado no pague a término los aportes previsionales, por lo que -si la desea nuevamente- deberá volver a solicitar el alta utilizando este mismo formulario.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.-

DT	NUMERO DE			
FECHA DE		NUMERO DE AFILIADO		
OF. R.	Código	T.F.		
0 3	C C G			

 Firma y Aclaración