

Buenos Aires, 7 de abril de 2025

CIRCULAR INFORMATIVA N° 44

Sr./a. Presidente
de Entidad Primaria
Su despacho

Ref.: SEGURO MALA PRAXIS

De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, con el objeto de comunicarle que a partir del **1º de Abril** del corriente año, la firma **Sancor Cooperativa de Seguros Limitada**, actualizó los montos del seguro por **Responsabilidad Civil Profesional** a la suma de **\$ 20.000.000,-** pagadero en 12 cuotas de **\$ 3.000,-** o de **\$ 25.000.000,-** a un costo mensual de **\$ 3.700,-**

Asimismo se aclara, que continúa la cobertura sobre la utilización y/o aplicación de la Tóxina Botulínica a **todo profesional que se encuentre autorizado y habilitado para realizar dicho tratamiento** (se amparan los daños provocados por el profesional asegurado con motivos de prácticas de estética facial con motivo de un tratamiento específico en el que sea necesaria la aplicación de sustancias como Tóxina Botulínica, Acido Hialurónico o Plasma Rico en Plaquetas, solo en cuello y cara).

También se eleva el monto asegurado por el **Seguro de Vida** hasta la suma de **\$ 150.000,-** por cada profesional adherido, como así también se incluye la cobertura de **Responsabilidad Civil Comprensiva** emergente de la actividad de los consultorios asegurados a través de la F.O.P.B.A. por una suma asegurada de **\$ 1.800.000,-**

Sin otro particular y a la espera de su pronto traslado, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.



Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente



Dr. Sebastián Mincarelli
Presidente



Dr. Horacio Hernández
Secretario



Dr. Fernando Delle Rose
Tesorero



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 \$ 20.000.000, valor de \$ 3.000,00 por mes.*
- * *Suma Asegurada \$ 25.000.000, valor de \$ 3.700,00 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 **\$1.800.000.-***

Seguro de Vida \$150.000.-