

SOLICITUD DE BAJA
DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

POLIZA N°: 03-11-01010062/2

TOMADOR: Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba

PROFESIONAL ASEGURADO: _____

MATRICULA: _____

MOTIVO DE LA BAJA: _____

FECHA DE BAJA: /___/_____ CONTRATA NUEVO SEGURO: SI----- NO-----

Advertencia al asegurado: Lea detenidamente el texto de este extracto de Condiciones Particulares y generales y en particular, las clausulas de Anexo 82(Cobertura Base Reclamo) La póliza que solicita la anulación fue emitida bajo la condición de que el acto odontológico del que deriva la Responsabilidad del profesional adherente haya sido durante la vigencia del seguro o desde su fecha de retroactividad y que a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados dentro del periodo de cobertura, renovación o durante el periodo de Extensión de denuncias

Endosos de Extensión de denuncias SIN costo para el Asegurado: transcurridas dos renovaciones consecutivas, el Asegurado podrá recibir sin cargo alguno el endoso de extensión cuando:

- Falleciera o quedara incapacitado absolutamente para ejercer la profesión;
- Cesare en su actividad y obtuviera la baja en la matricula habiendo alcanzado 65 o mas años de edad,
- No renovare la póliza con posterioridad a tres renovaciones consecutivas y cuando el Asegurador decidiera cancelar la póliza antes o después de tres renovaciones continuas.

Endosos de extensión de denuncias CON costo para el Asegurado: En caso de rescisión o no-renovación que no este contemplado en el apartado anterior, el asegurado tendrá el derecho a extender la cobertura por actos ocurridos durante la vigencia de la póliza adquiriendo el endoso opcional de extensión de denuncias que deberá ser solicitado 30 días antes de la finalización de la cobertura. El premio correspondiente al endoso de extensión de denuncias deberá abonarse al contado.

Este endoso de extensión de denuncias se mantendrá vigente hasta que se agoten los limites (por siniestro y el agregado anual) contratados en la ultima vigencia.

SOLICITO EL ENDOSO DE EXTENSIÓN DE SINIESTROS SI_____ NO_____

Lugar y Fecha: _____

Firma _____

Aclaración _____

DNI _____