



SEGURO DE MALA PRAXIS

DECLARACIÓN JURADA PROFESIONAL DE ADHESIÓN AL SEGURO DE PRAXIS

COMPLETAR EL SOLICITANTE

Localidad

Delegación Lugar y Fecha

Nombre y apellido del solicitante

Matrícula provincial

Por la presente y en carácter de profesional matriculado en Colegio, declaro mi voluntad de adherirme al SEGURO DE PRAXIS PROFESIONAL, contratando colectivamente por la entidad matriculante, obligándome a denunciar el acaecimiento de todo evento que pueda generar responsabilidad profesional, dentro del plazo de setenta y dos horas de producido el hecho.

DECLARO BAJO JURAMENTO conocer y aceptar las condiciones generales y particulares del aseguramiento y las obligaciones que pone a mi cargo la Ley 17.418 y las resoluciones del Colegio en lo que respecta al seguro establecido. Acepto en forma expresa que Colegio en caso de no cumplir con mis obligaciones Colegiales en tiempo y forma (pago de matrícula, intereses, multas y/o deuda por cualquier concepto) proceda a darme de baja del seguro sin necesidad de interpelación previa o notificación alguna, perdiendo así la cobertura, hasta tanto realice la situación.

Una vez regularizada la situación y en caso de requerir la cobertura nuevamente del seguro, me comprometo a solicitar la reincorporación a dicho beneficio suscribiendo nuevamente el formulario correspondiente. Hasta tanto no cumpla con los requisitos dispuestos acepto que no cuento con la cobertura del presente beneficio voluntario.

Firma del Profesional

Aclaración de firma

CERTIFICO QUE LA FIRMA PERTENECE AL COLEGA _____

Matrícula Provincial n° que fue puesta en mi presencia, en lugar y fecha mas arriba consignados

FECHA DE ALTA

Firma y sello responsable
Delegación regional