



CONDICIONES GENERALES DE ADHESIÓN A SEGURO DE PRAXIS MÉDICA + FOSOPRO

Por la presente, dejo constancia:

- 1. Descargué y leí los documentos "Formulario S3 Solicitud de adhesión para la Asociación de Médicos Municipales" y "Formulario S5 Reglamento del FOSOPRO", que están disponibles en la página web del "Convenio CAO Asociación de Médicos Municipales", y estoy de acuerdo con lo que en ellos se establece.
- 2. Acepto que para acceder y mantenerme cubierto por el servicio "Seguro de Praxis Médica + FOSOPRO", establecido en el "Convenio CAO Asociación de Médicos Municipales", debo ser socio del Consejo Argentino de Oftalmología (en adelante, "el CAO") con cuota al día y debo abonar tanto mi cuota societaria como el costo del servicio a través del débito automático de una tarjeta de crédito.
- 3. Me comprometo a informar fehacientemente al CAO sobre toda modificación en los datos que consigné en los documentos "S3 Solicitud de adhesión al seguro de praxis médica" y en el débito automático de mi cuota social.
- 4. Comprendo que la falta de pago de 2 (dos) cuotas consecutivas conlleva el ingreso automático a la categoría de moroso sin necesidad de notificación por parte del CAO. Acepto que en caso de ingresar a esta categoría seré excluido del sistema y perderé los derechos de cobertura.
- 5. Me comprometo a enviar al CAO a la brevedad las constancias necesarias para constatar mi antigüedad como médico. Acepto que, mientras el CAO no reciba dichas constancias, se debitará de la tarjeta de crédito que consigné en el documento "S3 Solicitud de adhesión al seguro de praxis médica" el monto máximo existente en concepto de seguro y de aporte al Fondo Solidario del Profesional (FOSOPRO). También acepto que el CAO se comprometa a devolverme las diferencias a mi favor que correspondan por los 3 meses anteriores a haber recibido dichas constancias.
- 6. Me comprometo a informar al CAO y a la Asociación de Médicos Municipales sobre cualquier novedad de tipo judicial, reclamo, etc., que se me notifique, dentro de los 3 días de recibida, haciéndome responsable de las consecuencias que surgieran por el incumplimiento de estos términos.

| FIRMA | ACLARACIÓN | LUGAR Y FECHA |
|-------|------------|---------------|