

NOTA DE OPCIÓN COBERTURA DE SEGURO

Córdoba, ____ de _____ de 2020

Sres.

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

De mi consideración:

_____ DNI _____,
de profesión _____, M.P. _____, constituyendo domicilio especial a los efectos del presente en calle _____ N° _____, de la ciudad de _____, tiene el agrado de dirigirse a Ud. a fin de hacerle saber su voluntad expresa de **OPTAR**, sin reserva alguna y en calidad de fiduciante adherente y beneficiario del “**Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional – FISAP**”, por la cobertura de seguro que la Entidad como tomador contrate para, resguardar los riesgos vinculados a la responsabilidad derivada del ejercicio profesional, que más abajo se detallan como cobertura I ó cobertura II (con póliza en exceso), cuyas condiciones declaro conocer y aceptar en todos sus términos. A estos efectos, manifiesto y declaro conocer que:

- a.- A los efectos de gozar de cobertura, debo mantener al día mis obligaciones con el Fideicomiso, como así también las cuotas de colegiación fijadas para el sostenimiento del Consejo (art. 32 inc. “m” ley 4853 – t.o. 6396).
- b.- El Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, a partir de convenios actúa exclusivamente como tomador de póliza de seguros, sin ánimo de lucro, en beneficio de adherentes del FISAP, pudiendo la Junta Directiva determinar la compañía de seguros donde se resguarden los riesgos del ejercicio profesional de los adherentes y que existen dos tipos posibles de cobertura.
- c.- Libero al Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba de cualquier reclamación judicial o extrajudicial que pudiera interponerse por mí, mis familiares, herederos o por las personas que legalmente pudieran representarme a consecuencia de mi participación como adherente al FISAP. Esta exención de responsabilidad se da por aceptada por el hecho de realizar el pago de la cuota de adhesión.
- d.- Acepto que el cobro registrará por mes de completo de modo independiente de la fecha de alta o baja de la adhesión.
- e.- Acepto, se me incluya en la póliza ha tomar por el CMPC bajo:

- Cobertura común (Tipo Cobertura I): cobertura de hasta Pesos Tres Millones (\$3.000.000) y cuota mensual de Pesos Ochocientos (\$800) para el año 2020.

- Cobertura con suma asegurada ampliada (Tipo cobertura II – póliza en exceso): cobertura de hasta Pesos Cuatro Millones (\$4.000.000) y cuota mensual de Pesos Un Mil Cincuenta (\$1050) para el año 2020.

(marcando el casillero y/o tachando la que corresponda)

Sin otro particular, saludo atte.

Firma: _____

“FIDEICOMISO SOLIDARIO DE AYUDA PROFESIONAL - FISAP”

NOTA DE ADHESIÓN COMO FIDUCIANTE ADHERENTE N°

Córdoba, _____ de _____ de 2020

Sr. Fiduciario

Dr. Héctor Rolando Oviedo

PRESENTE

Ref: Adhesión al **“FISAP”**

De mi consideración:

_____ DNI _____,
de profesión _____, M.P. _____, constituyendo domicilio especial a los efectos del presente en calle _____ N° _____, de la ciudad de _____, tiene el agrado de dirigirse a Ud. a fin de hacerle saber su voluntad expresa de **ADHERIR**, sin reserva alguna y en calidad de fiduciante adherente y beneficiario del **“Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional – FISAP”**, obrante en escritura pública N° 23 “a” de fecha 23-01-2015 labrada por el Escribano Público Esteban Ferrer Frontera, Registro N° 282 de esta ciudad, cuyo texto declaro conocer y aceptar en todos sus términos y en prueba de ello dejo constancia que recibo fotocopia del mismo. A estos efectos, manifiesto, declaro conocer y acepto que:

- a) He tomado debido conocimiento de las todas las cláusulas del contrato de fideicomiso y los derechos y obligaciones que en él se establecen, adhiriéndome a todas ellas sin reserva alguna.
- b) Me comprometo a aportar las cuotas ordinarias y/o extraordinarias y los eventuales aportes que disponga el fiduciario en forma puntual.
- c) La falta de integración de las sumas comprometidas en los tiempos fijados, generará la obligación de ingresar incrementos según lo establecido en el contrato de fideicomiso.
- d) La mora se establece de pleno derecho, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna, por el mero incumplimiento de aportar los bienes comprometidos en la forma y plazo establecido.
- e) El incumplimiento de los aportes facultará al fiduciario a resolver el contrato y esta adhesión con pérdida de los aportes realizados hasta la fecha de la mora y en consecuencia dejar sin efecto alguno la presente adhesión al **“Fideicomiso Solidario FISAP”**, y tenerla como nunca realizada, sin derecho a reclamación alguna por mi parte, renunciando desde ya a cualquier acción y/o derecho en tal sentido.
- f) Asimismo dejo expresa constancia que cuando mi voluntad fuere la de desvincularme del fideicomiso deberé presentar el pedido de baja respectivo, la que deberá ser aceptada por el Fiduciario y el Comité de Control a efectos de liberarme de las obligaciones asumidas.

Sin otro particular, saludo atte.

Firma: _____