

INFORMATIVO Nº: 20/2022

REFERENCIA: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL FARMACEUTICA MALA PRAXIS

Señoras y Señores Asociados buenos días:

Nos dirigimos a Ud. a fin de recordarles que el próximo 24 del cte., se renovara el seguro de mala praxis convenido con la empresa The Professional Company.

El precio de la cuota a partir de **noviembre/2022** es de **\$1800 (pesos mil ochocientos)** el incremento se debe a la actualización de la prima asegurada, y la misma será abonada por la farmacia en forma mensual, cubriendo un seguro de Responsabilidad Civil Farmacéutica (Mala Praxis) por un monto de **\$4.000.000 (pesos cuatro millones)** (dispensación de medicamentos, aplicación de inyecciones, etc.) y Responsabilidad Civil Compresiva por otros **\$3.200.000 (pesos tres millones doscientos mil)** en cuanto a reclamos civiles que puedan surgir (caída de letreros, daños a personas por deficiencias en la construcción de local, daños a personas por explosiones o incendios).

La cobertura es la denominada **"claims made"** (es desde el hecho de la denuncia o reclamo de indemnizaciones de siniestros) con una póliza extendida de cobertura automática incluida en el costo por el término de 5 (cinco) años.

- **La cobertura de responsabilidad civil farmacéutica (mala praxis) cuenta con una franquicia del 5% sobre la suma asegurada.**

- **La cobertura de responsabilidad civil comprensiva cuenta con una franquicia del 10% sobre la suma asegurada**

IMPORTANTE: Dado que la renovación es **AUTOMATICA** todos aquéllos asociados que cuentan con la cobertura continuarán con la misma, **NO** siendo necesario que envíen nuevamente el formulario de adhesión. Asimismo, les recordamos que para efectivizar dicha renovación es condición **NO REGISTRAR DEUDA** sobre la póliza vencida.

Para toda consulta que necesitan realizar, podrán dirigirse al **Sr. Javier Rivas** a la siguiente dirección javierrivas@caf.org.ar o a la **Sra. Mónica Piemonte** a la siguiente dirección: monicapiemonte@caf.org.ar

FALTA DE PAGO: EL ATRASO EN LA CANCELACIÓN DE DOS CUOTAS, IMPLICARA LA SUSPENSION DE LA COBERTURA.

SI UD AUN **NO CUENTA CON DICHA COBERTURA Y QUISIERA ADHERIRSE**, TENGA A BIEN COMPLETAR Y ENVIARNOS ESCANEADO EL FORMULARIO DE ADHESION QUE SE ACOMPAÑA.
Saludamos muy atte.



Dr. JUAN C PARÉDES
Gerente General
Email: juancparedes@caf.org.ar
Móvil: 1149150439

Recuerda: Solo imprimir este correo si es necesario, en nosotros está el cuidar el medio ambiente.
Recicla y reduce el consumo de hojas.

Sres.
CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

FECHA:

PRESENTE:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. para confirmar mi decisión de adherirme a la póliza de seguro contratada con The Professional's Company la cual abarca el riesgo de "MALA PRAXIS y RESPONSABILIDAD CIVIL" que cubre mi situación patrimonial, profesional y a todos los integrantes de mi farmacia.

SUMA ASEGURADA \$ 4.000.000.- (pesos cuatro millones) × MALA PRAXIS - + \$3.200.000.- (pesos tres millones doscientos mil) POR RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA.

En tal sentido, presto mi conformidad abonando el costo anual de dicha póliza en 12 (doce) cuotas mensuales y consecutivas de \$ 1800,00 (pesos mil ochocientos), haciéndola efectiva del modo que se detalla más abajo.

SOCIO	Nº:					/		NRO. DE CUIT:
-------	-----	--	--	--	--	---	--	---------------

.....
RAZON SOCIAL

.....
NOMBRE DE FANTASIA

.....
DOMICILIO

.....
TELEFONOS

.....
E - MAIL

.....
APELLIDO y NOMBRES DE LA / EL FARMACÉUTICA / O

NÚMERO DE MATRÍCULA NACIONAL – PROVINCIAL.....

DNI.....

Subrayar la que corresponda

FORMAS DE PAGO:

1) DÉBITO DIRECTO DE LA CUENTA CORRIENTE

CBU Nº:

FALTA DE PAGO: EL ATRASO EN LA CANCELACIÓN DE DOS CUOTAS, IMPLICARÁ LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.

.....
Sello de la Farmacia

.....
Firma y Aclaración del Propietario
o Representante Legal