

La Plata, 29 de Agosto de 2025.

Señor
Presidente de la
Entidad Primaria

Nota Tipo n° 39

Me dirijo a usted con el fin de informarle que la Mesa Ejecutiva ha resuelto actualizar la suma mínima asegurada **obligatoria** de la póliza de Responsabilidad Civil de base exigible a los médicos integrantes de su listado de prestadores, elevando a partir del 1° de septiembre de 2025 el mínimo de cobertura a \$30.000.000.

En ese mismo sentido, se ha actualizado la suma mínima cubierta a través del seguro que ofrece FEMEBA por intermedio de SANCOR SEGUROS S.A., destacando que la protección continúa siendo por reclamos por actos médicos realizados en toda la República Argentina.

El nuevo esquema se establece de la siguiente manera:

Suma Asegurada	Costo Mensual
\$30.000.000	\$3.560
\$40.000.000	\$4.200
\$50.000.000	\$5.000
\$60.000.000	\$6.000
\$80.000.000	\$8.000
\$100.000.000	\$10.000
\$150.000.000	\$15.000

Todos los profesionales que contaban con una cobertura de \$25.000.000 pasan automáticamente a tener una cobertura de \$30.000.000.

Asimismo, se recuerda que las Entidades Primarias deberán informar altas, bajas o modificaciones de cobertura a través de la Mesa de Entrada Virtual en FOL2-EP, mediante nota firmada por el profesional manifestando su elección (se adjunta nota modelo).

Por último, se recuerda que FEMEBA ofrece asesoramiento médico-legal y en prevención en forma directa y gratuita mediante nuestra Asesoría Jurídica, tel. 0221-4391343, mail asesoriajuridica@femeba.org.ar.

Sin otro particular, me despido de usted muy atentamente.



Dr. Alberto Cuyeu
Secretario de Gobierno

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439 1300 (Líneas Rotativas)
Mail sec-me@femeba.org.ar

www.femeba.org.ar

NOTA MODELO

Ciudad, XX de mes de 2025.-

A FEMEBA
Calle 5 N° 473
La Plata

Me dirijo a Uds. con motivo de SOLICITAR/MODIFICAR/DAR DE BAJA (tachar lo que no corresponda) la contratación del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional con SANCOR SEGUROS S.A. convenida a través de FEMEBA.

Se detallan a continuación datos personales y de cobertura deseada:

- ENTIDAD PRIMARIA:
- NOMBRE Y APELLIDO:
- DNI:
- CUIT:
- MATRICULA PROVINCIAL:
- DOMICILIO:
- TELEFONO:
- MAIL:
- FECHA DE ALTA:
- MONTO DE COBERTURA (en caso de solicitar baja no completar este campo):

Atentamente.

Firma Profesional

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439 1300 (Líneas Rotativas)
Mail sec-me@femeba.org.ar

www.femeba.org.ar