

CONTRATO DE ADHESIÓN



Fecha de solicitud / /	Fecha de ingreso / /	Alta ☐	Inclusión ☐	Modificación ☐	Nº asociado	
Obra Social a la que ingresa	CUIT CUIL ☐ ☐ Nº				Plan	Tarifa

DATOS DEL TITULAR:

Apellidos y Nombres:						
Tipo de asociado: Directo ☐ Empresa ☐ Obra Social ☐				DNI		
Fecha de nacimiento / /	Edad	Nacionalidad		Sexo M ☐ F ☐	Estado Civil	
Domicilio real		Nº	Piso	Depto.	C.P	Localidad
Provincia	Mail				Teléfono	
Razón social de la empresa		CUIT de la empresa Nº		Teléfono de la empresa		
Nº de ex-socio		Sueldo bruto \$		Aporte estimado \$		Diferencia a pagar \$
Obra Social de origen		Código		Obra Social SI ☐ NO ☐	¿Suma aportes? SI ☐ NO ☐	

DATOS GRUPO FAMILIAR

1	Parentesco	Apellidos y Nombres:				Estado civil	
	DNI	CUIL Nº	Fecha nacimiento / /	Edad	Nacionalidad	Sexo M ☐ F ☐	
2	Parentesco	Apellidos y Nombres:				Estado civil	
	DNI	CUIL Nº	Fecha nacimiento / /	Edad	Nacionalidad	Sexo M ☐ F ☐	
3	Parentesco	Apellidos y Nombres:				Estado civil	
	DNI	CUIL Nº	Fecha nacimiento / /	Edad	Nacionalidad	Sexo M ☐ F ☐	
4	Parentesco	Apellidos y Nombres:				Estado civil	
	DNI	CUIL Nº	Fecha nacimiento / /	Edad	Nacionalidad	Sexo M ☐ F ☐	

ADHESIÓN AL DÉBITO AUTOMÁTICO

Tarjeta de crédito VISA	
Nombre del titular _____	
Nº _____	
_____	_____
Firma del titular	Aclaración

DATOS PROMOCIÓN

Importe cuota \$	Importe cobrado \$	Recibo Nº	Equipo	Descuento	Hasta
Nombre del promotor		Observaciones:			

Declaro haber leído detenidamente y aceptar en su totalidad las condiciones de asociación enunciadas en el reglamento general para uso del sistema y cartilla de prestadores, recibiendo en el acto un ejemplar de los mismos.

_____	_____
Firma asociado titular	Aclaración asociado titular

Solicito ser incorporado en el plan de su sistema privado de medicina prepaga, cuyos términos y condiciones surgen de las normas reglamentarias del contrato y del cuadro de beneficios y tiempos de espera/carencias (siempre que el asociado sea directo), los que recibo en este acto, tomando conocimiento de las mismas, las acepto y me obligo a su estricto cumplimiento. Asimismo presto conformidad con:

- 1-** Que **PRIVAMED S.A.** no se hará cargo del tratamiento de enfermedades y/o lesiones preexistentes, incluso embarazos en curso, salvo que hubieran sido declaradas y aceptadas mediante comunicación expresa y fehaciente por **PRIVAMED S.A.**
- 2-** Que el informe personal y la presente solicitud por mí suscriptos revisten el carácter de declaración jurada, y que la ocultación, reticencia u omisión de datos y circunstancias en la solicitud de ingreso o en el informe personal, respecto a enfermedades, dolencias, patologías, tratamientos, estado físico y psíquico, embarazo, y demás antecedentes suministrados por el suscripto, provocará la anulación del contrato, la baja instantánea consecuente y en cualquier momento, y facultará a **PRIVAMED S.A.** a exigirme el reintegro actualizado y con intereses de las prestaciones efectuadas desde la incorporación viciada a tales omisiones, con pérdida de las cuotas abonadas o devengadas.
- 3-** La condición del asociado de **PRIVAMED S.A.** se efectivizará cuando se hayan verificado los datos afiliatorios, la situación administrativa y médica de los solicitantes y/o grupo familiar. La primera cuota será tomada inicialmente como derecho de ingreso, y una vez aceptado se imputará como cuota del mes en curso.
- 4-** Que debo abonar en término la cuota mensual según el plan, categoría y personas que incorpore, como así también cualquier otro importe facturado por **PRIVAMED S.A.** a mi cargo o a cargo de cualquier integrante de mi grupo familiar. La mora en el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo se producirá por el mero transcurso del tiempo, en forma automática sin necesidad de interpelación previa. El hecho de incumplir las obligaciones a mi cargo, en reiteradas oportunidades o no, no crea a mi favor ningún tipo de beneficio o derecho, ya que en todos los casos, las presentes normas mantienen su plena vigencia, y las facultades de **PRIVAMED S.A.** permanecen incólumes y sin menoscabo alguno.
- 5-** Que el valor de la cuota se determina por el plan seleccionado, las prestaciones, los prestadores, la conformación del grupo, la edad de los integrantes –franja etaria-, los opcionales y los adicionales, y que en caso de modificarse cualquiera de dichos parámetros, el valor de la cuota variará conforme tales modificaciones.
- 6-** Que será causa de baja de la vinculación del titular y su grupo familiar, la falta de pago en término de tres (3) cuotas mensuales consecutivas, previa puesta en mora para que en el término de diez (10) días regularice la deuda.
- 7-** Que toda modificación reglamentaria y/o de los planes y/o cualquier otra, regirán a partir del momento de su comunicación al titular por medio, entre otras, de circular y/o provisión de nueva cartilla y/o normas reglamentarias; y que comunicada la existencia de tales modificaciones, en caso de no recibirlas, deberé solicitar su entrega.
- 8-** Modificación de prestadores, prestaciones y/o planes de cobertura: Que **PRIVAMED S.A.** se reserva el derecho de modificar parcialmente el plantel de prestadores de su cartilla médica, y asimismo cancelar y/o modificar planes de cobertura, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura prevista al momento de mi incorporación. Que tales modificaciones podrán responder, entre otras causas, a: incremento de costos y/o servicios, alta y/o baja de tecnologías y/o prestaciones, extinción de contratos con prestadores, imposibilidad de contratación y/o renovación, cierre, muerte, insolvencia, concurso, quiebra y/o liquidación de los mismos. Que cuando la prestación del servicio fuera mediante Redes, Asociaciones o Colegios de Profesionales, el cese o la variación de los mismos indefectiblemente escapa a la voluntad de **PRIVAMED S.A.** Que las modificaciones se comunicarán al titular con una antelación de treinta (30) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causas ajenas a **PRIVAMED S.A.**, y en caso de no aceptación, podré rescindir la vinculación en la forma dispuesta para la renuncia (Res. 175/07 SCI).
- 9-** Modificación del precio de las cuotas y otros: Que el valor de la cuota y/o coseguros podrá variar sin afectar el equilibrio entre las partes y de acuerdo a lo que autorice la Autoridad de Aplicación, y dependiendo de la franja etaria. Que la inclusión de coseguros en planes o franjas etarias que inicialmente no los contemplaban, lo será conforme lo autorice la Autoridad de Aplicación. Que cualquier bonificación acordada al momento de mi incorporación es por tiempo limitado, y **PRIVAMED S.A.** se reserva el derecho de modificarlas o cancelarlas. Que las variaciones se comunicarán al titular con una antelación de treinta (30) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o causas ajenas a **PRIVAMED S.A.**, y en caso de no aceptación, podré rescindir la vinculación en la forma dispuesta para la renuncia. (Res. 175/07 SCI).
- 10-** Cambios de plan: Que con antelación no menor a treinta (30) días, podré solicitar el cambio a otro plan de **PRIVAMED S.A.**, quedando a criterio exclusivo de ésta aceptación o no de la solicitud sin invocación de causa; y que en caso de ser aceptada la solicitud, deberé cumplir los tiempos de espera completos para gozar de los beneficios que se amplíen (Ver Cuadro de Tiempos de Espera).
- 11-** Subrogación: Que por los gastos derivados de los servicios por prestaciones médicas y/o farmacéuticas de cualquier tipo, subrogo en **PRIVAMED S.A.** todo derecho que corresponda tanto a mí como a un integrante del grupo familiar respecto de terceros responsables de daños causados al titular o miembro del grupo familiar, y por cuyo evento **PRIVAMED S.A.** hubiese brindado atención, y hasta el límite de lo abonado con más intereses.
- El firmante cede a **Privamed S.A.** los derechos y acciones no litigiosas que a la fecha le pudieran corresponder contra terceros responsables con motivo de un accidente y/o aseguradoras que hubieren cubierto ese riesgo hasta la concurrencia del costo de las prestaciones médico asistenciales brindadas y/o que se brinden en el futuro.
- 12-** Que la asociada titular o integrante de un grupo familiar que quedase embarazada, y que no hubiera previsto inicialmente el beneficio «Maternidad », pasará a una nueva categoría, o un nuevo grupo independiente del anterior, en la categoría «Individual con maternidad» en el carácter de titular, durante el embarazo, y a «Individual con maternidad con 1 hijo », luego del parto, en caso de incorporación del recién nacido. Que dado que el beneficio «Maternidad » no estaba previsto desde el inicio, la cobertura del embarazo, el parto y el plan materno infantil, de corresponder, se llevará a cabo en la forma prevista en el PMO (por derivación de **PRIVAMED S.A.**, con profesionales y entidades habilitadas expresamente al efecto), no siendo de aplicación la Cartilla Médica del plan seleccionado, salvo que, por decisión y a criterio exclusivo de Auditoría Médica, se ofreciese la posibilidad de abonar un arancel adicional a convenir con **PRIVAMED S.A.**, tal lo dispuesto en el Cuadro de Tiempos de Espera. Que en caso de disconformidad la asociada o el responsable de la menor podrán rescindir la vinculación sin costo alguno.
- 13-** Que la cobertura de **PRIVAMED S.A.** es por sistema cerrado y se limita exclusivamente a las prestaciones médicas y/o farmacéuticas, especialidades, etc., provistas por los profesionales y/o Instituciones del listado de prestadores actualizado por **PRIVAMED S.A.**, según el alcance del plan seleccionado. Acepto que en el sistema cerrado no se cubren en ningún caso las prestaciones por fuera de la cartilla y/o del plan seleccionado, y en caso de realizarse prestaciones por fuera de la cartilla y/o del plan seleccionado, las consecuencias y los costos de las mismas serán por mi cuenta y cargo, sin excepción.

Firma asociado titular

Aclaración asociado titular