

CONTRATO PREPAGO DE COBERTURA PARCIAL



0810-345-NOBIS
6 6 2 4 7

 351 389 3211
www.nobissalud.com.ar

Hoja de Ruta

Fecha de venta: Fecha de alta:
Vendedor: Coordinador:
Nombre del interesado:
CUIL: Fecha de Nacimiento:
Cantidad de cápitas: Edad:
Cuota:

CONTRATO PREPAGO DE COBERTURA PARCIAL

Entre NOBIS S.A., en adelante NOBIS, representada en este acto por la Cra. Liliana Graciela Martínez DNI 13.372.778, en su carácter de representante legal, que a los fines legales fija domicilio en Bv. Maipú 101., Barrio Centro, Córdoba, de la Ciudad de Córdoba, y el/la Sr./Sra DNI, en adelante el AFILIADO, que a los fines legales fija domicilio en calle..... N°..... Piso.....Dpto..... Barrio de la Ciudad de....., Provincia de mail N° de contacto en representación de las personas incluidas en la correspondiente Solicitud de Afiliación realizada a través del aplicativo digital, acuerdan celebrar el presente contrato de Medicina Prepaga:

ARTÍCULO 1: Del ingreso a NOBIS. El presente se celebra al solo efecto de establecer las condiciones por las cuales se otorgarán a los AFILIADOS de una cobertura de obra social integral activa, los beneficios EXTRAS otorgados en el plan DE COBERTURA PARCIAL de Medicina Prepaga.

Se entiende por plan de COBERTURA PARCIAL aquel cuyo objeto consiste en la cobertura de las prestaciones médico asistenciales que se encuentran enumeradas y descriptas taxativamente en el "COBERTURA DE PLAN PARCIAL". Contrariamente, se entiende por plan de COBERTURA INTEGRAL aquel que cubre como mínimo el Programa Médico Obligatorio y sus modificatorias.

Los planes de COBERTURA PARCIAL regulados por el presente reglamento de contratación NO INCLUYEN, bajo ninguna circunstancia, la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO), ni podrán interpretarse, como el otorgamiento de un plan de COBERTURA INTEGRAL, toda vez que ello se encuentra expresamente excluido de su objeto que se limita en forma exclusiva, excluyente y taxativamente a las prestaciones acordadas y cuantificadas en el "COBERTURA DE PLAN PARCIAL" que integra el presente.

La cobertura brindada por NOBIS en los PLANES DE COBERTURA PARCIAL, es subsidiaria a una cobertura de plan de COBERTURA INTEGRAL brindada a través de obra social y está directamente relacionada a la situación laboral del AFILIADO, por tanto, es obligación del AFILIADO informar y actualizarla ante modificaciones. Toda modificación (licencia por enfermedad inculpable, licencia sin goce de sueldo, distracto, suspensión, etc.) afecta directamente la vigencia de la cobertura, por tanto, mientras el AFILIADO tenga activo su servicio de obra social, ésta cobertura subsidiaria permanecerá activa, de lo contrario quedará inactiva.

ARTÍCULO 2: De los AFILIADOS. – NOBIS se compromete a brindar al AFILIADO los servicios de atención médica que se detallan en las cláusulas siguientes, en las condiciones y con las limitaciones y excepciones fijadas en la misma, de acuerdo a la COBERTURA DE PLAN PARCIAL elegido en este acto por el AFILIADO.

ARTÍCULO 3: Del pago de las cuotas. El AFILIADO se obliga a abonar el importe de la cuota mensual a NOBIS, como así también la de todos los integrantes del grupo familiar, los pagos deberán efectuarse por cualquier de los medios de pago habilitados por NOBIS, por mes adelantado del uno al diez de cada mes. El AFILIADO es responsable del pago de la totalidad de la cuota de afiliación, salvo que expresamente se designara un Responsable de pago en Art. 5.

ARTÍCULO 4: Del valor de la cuota: La cuota está compuesta por el valor individualizado de todos los integrantes del grupo familiar. En el particular, es por el valor de \$..... actualizables con los aumentos de la Superintendencia de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 5: Del responsable de pago. (Completar en caso de corresponder) El Sr./Sra. DNI que fija domicilio a todos los fines del presente en y domicilio electrónico en Tel: asume a título personal, de manera solidaria con el AFILIADO, la responsabilidad del pago de la totalidad de las obligaciones asumidas por éste, suscribiendo el presente en prueba de conocimiento y conformidad a cuyo fin ofrece su tarjeta de Los datos de la misma, serán suministrados en el aplicativo digital.

ARTÍCULO 6: Variación de la cuota. Las partes acuerdan que el monto a cargo del afiliado puede sufrir modificaciones en caso que: A – El plan aumente su valor autorizado por la Superintendencia de Servicios de Salud. B – Existan modificaciones en la composición del grupo familiar. C – Quede sin efecto el descuento unilateral no obligatorio, promociones, bonificaciones o cualquier beneficio extra que pudiese existir. C.1 – Se dejen sin efecto los beneficios del punto C con motivo de trato inadecuado o irrespetuoso grave.

ARTÍCULO 7: De la Mora. La modalidad acordada en el presente contrato es PREPAGA, el servicio será brindado una vez abonada la cuota. La falta de pago en término de las cuotas mensuales, producirá la mora en forma automática, de pleno derecho y sin necesidad de interpelación alguna, generando cargos adicionales a la deuda por gestión de la misma. El atraso en el pago de una cuota dará derecho a NOBIS a suspender la prestación del servicio hasta que se regularicen los pagos adeudados. La suspensión por mora no obliga a NOBIS a indemnizaciones, pagos, ni reintegros de ningún tipo con el AFILIADO. Saldado lo adeudado por el AFILIADO, NOBIS deberá reactivar dentro de las 48 horas hábiles la totalidad de la cobertura. La no utilización del servicio, producto del incumplimiento del AFILIADO, no lo eximen del pago de dichos períodos. NOBIS podrá reclamar, por vía judicial o extrajudicial, el pago de las cuotas adeudadas más costos y costas, los

que quedaran a cargo exclusivo del AFILIADO. La resolución del contrato se producirá de manera automática en caso de falta de pago de tres (3) cuotas integrales y consecutivas, conforme lo prevé el art. 9º inc. 2) del Dcto. 1991/11.- El AFILIADO, exime a NOBIS de notificarlo fehacientemente por la baja con motivo de falta de pago, procediendo la misma de pleno derecho por el mero transcurso del tiempo. La baja del servicio no extingue el derecho de NOBIS a la persecución de la deuda.

ARTÍCULO 8: De los Prestadores. Los beneficios que otorga el presente contrato rigen en el ámbito de las DEL PLAN PARCIAL; NOBIS, a su propio criterio y conforme las circunstancias, podrá modificar la nómina de prestadores agregando o suprimiendo alguno de ellos, no siendo esto, razón suficiente para posicionar a esta empresa en situación de incumplimiento. La COBERTURA DEL PLAN PARCIAL que tendrá vigencia es la indicada en la sección "Cartilla Médica" de la página web o Aplicación Móvil de NOBIS. NOBIS no reconocerá ninguna prestación realizada por el AFILIADO fuera de la cartilla de prestadores correspondientes a LA COBERTURA DEL PLAN PARCIAL.

ARTÍCULO 9: Modalidad de Cobertura de los Servicios. Coseguros. Reintegros. Las prestaciones que se brindan por el presente contrato serán cubiertas siempre con autorización previa, de acuerdo a la modalidad estipulada para el plan contratado según la COBERTURA DEL PLAN PARCIAL. En caso de corresponder que el AFILIADO abone coseguros será cobrado directamente por el prestador tratante, independientemente sea día hábil, feriado o urgencia. Se deja expresamente autorizado a NOBIS a crear o modificar el sistema de coseguros con una antelación no menor a 30 días antes de la implementación de las modificaciones. Éste plan no contempla reintegros por prestaciones según lo indicado ab initio de este artículo.

ARTÍCULO 10: De la Vigencia del Contrato. El presente contrato tiene vigencia por el término de un año. Transcurrido el año, se renovará automáticamente por el mismo término, o hasta tanto haya expresa voluntad en contrario por alguna de las partes.

ARTÍCULO 11: De la Baja del Servicio. El AFILIADO podrá rescindir y dejar sin efecto el contrato en cualquier momento, sin necesidad de interpelación judicial alguna, para lo cual deberá formular su voluntad con una antelación no menor a treinta días corridos de manera personal o a través del formulario de "Solicitud de Baja" disponible en su sesión en el aplicativo digital o página web. Cualquier solicitud realizada por otro medio o por un adherente del grupo, no tendrá efectos de notificación fehaciente. La baja del servicio no implica renuncia al derecho de NOBIS a reclamar lo adeudado por el AFILIADO, actualizado y con intereses. No se efectivizará la baja hasta que el renunciante restituya la totalidad de las credenciales propias y de su grupo adherente.

De manera excepcional, cuando hasta el día 10 inclusive del mes, el Afiliado solicitare de manera presencial en cualesquiera de las sucursales de NOBIS, la "Solicitud de Baja", entregare todas las credenciales del grupo familiar y abonare en el mismo momento la totalidad de las cuotas pendientes de pago, la baja procederá al finalizar el mes en curso. Si la baja es solicitada con posterioridad al día 10, deberá respetar los requisitos anunciados ab initio de este artículo. El servicio se brinda y abona por periodos completos de mes calendario, sin excepción

ARTÍCULO 12: De la Declaración Jurada de Salud. Los interesados en ingresar deberán efectuar una Declaración Jurada de Antecedentes de Salud que tiene por objeto dejar claramente establecido el estado de salud actual al momento de la solicitud y contratación del servicio de los AFILIADOS. NOBIS podrá requerir una copia de su Historia Clínica completa o un examen pre-ingreso. La falsedad u omisión de información vertida en la Declaración Jurada realizada a NOBIS, obligará al AFILIADO a la reparación material del eventual perjuicio causado, como así también producirá la baja inmediata y automática de todo el grupo familiar.

ARTÍCULO 13: De la historia clínica. La firma de la/s declaración/es jurada/s implica autorizar en forma irrevocable a NOBIS a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye, entre otros LA RENUNCIA AL AMPARO EN EL SECRETO PROFESIONAL Y EL RELEVAMIENTO DEL MISMO A LOS MÉDICOS Y/O TODO OTRO PRESTADOR DE SALUD QUE LO/S HUBIEREN TRATADO CON ANTERIORIDAD Y POSTERIORIDAD A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE INGRESO; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a NOBIS sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de NOBIS. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el AFILIADO se obliga a requerirla y proveerla a NOBIS, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles de serle requerida.

ARTÍCULO 14: De la Baja Compulsiva por Falsedad de Declaración Jurada de Salud. Según lo prevé la Ley 26.682 de Medicina Prepaga y su Decreto Reglamentario 588/2011, las empresas de medicina prepaga pueden establecer valores diferenciales para las personas que ingresan con patologías preexistentes. De detectarse el falseamiento u omisión de información médicamente relevante, actual o pasada, en su Declaración Jurada de Salud al solicitar el servicio, esto es información de enfermedades, patología secuelas, preexistente, signos, síntomas o cualquier tipo de alteración al normal funcionamiento del cuerpo, generará, sin más, el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación tanto del AFILIADO como de su grupo familiar.

ARTÍCULO 15: De la Responsabilidad de los AFILIADOS en el uso racional de los Servicios. El AFILIADO y su grupo se obligan al uso correcto y honesto de las prestaciones objeto del presente contrato, quedando facultado NOBIS a realizar los controles que estime pertinentes. La credencial es intransferible, la facilitación de la misma para la atención de terceras personas será causal de resolución del contrato. Si se comprobare un incorrecto y deshonesto proceder por parte del AFILIADO o cualquier integrante de su grupo, NOBIS dará por rescindido este contrato, sin perjuicio de las acciones legales que a su criterio pueda promover si se le ha ocasionado daño moral y/o patrimonial.

ARTÍCULO 16: Responsabilidad. El AFILIADO titular por sí y en nombre de los adherentes que incorpora a su grupo familiar, toma conocimiento y presta su conformidad para con las reglamentaciones, condiciones y características de los servicios de atención que se contratan o cualquier otro servicio que se incluya en la COBERTURA DEL PLAN PARCIAL de NOBIS. Los AFILIADOS que se sientan damnificados o perjudicados por alguna deficiente atención o práctica, deben dirigir sus acciones judiciales, extrajudiciales o reclamos en contra de los profesionales contratados excluyendo a NOBIS, salvo que cuando las prestaciones de las que se trate sean brindadas en forma directa y única.

ARTÍCULO 17: Del Trato Adecuado y Respetuoso. De igual manera que NOBIS y sus dependientes se encuentran obligados a dar un trato correcto a los AFILIADOS, estos últimos deberán comportarse de igual manera en su trato para con los dependientes de la NOBIS. En caso de tratos incorrectos y/o indebidos por parte de los AFILIADOS, NOBIS S.A. podrá impedir el acceso de los mismos a sus oficinas, aceptando como único medio de comunicación los medios de contacto virtual o el que NOBIS estime conveniente según cada caso.

ARTÍCULO 18: De los Trámites Virtuales. El AFILIADO fija, da fe y autenticidad como correo electrónico válido de realización de trámites la dirección indicada en el encabezado del presente. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio. El AFILIADO acepta que toda comunicación enviada por correo electrónico a la dirección declarada en oportunidad de su ingreso a la cobertura médico-asistencial, causa efecto de comunicación fehaciente aun cuando el afiliado haya optado por modificar dicha información sin notificar a NOBIS.

ARTÍCULO 19: De la Jurisdicción y la Fecha. Para toda cuestión relacionada o que pudiera suscitarse con motivo de este contrato, las partes se someten de manera excluyente a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Córdoba, provincia de Córdoba, renunciando aquí expresamente al Fuero Federal y a cualquier otra Jurisdicción que pudiera corresponder. En prueba de conformidad y a un solo efecto, se firman ejemplares de un mismo tenor y a un mismo efecto, en la ciudad de, a los.....días del mes de del 20..... -

El presente cuestionario debe ser completado por el solicitante declarando tanto las enfermedades y circunstancias de salud propias como las de su grupo familiar a asociar. Complete cada uno de los casilleros con un **SI** o un **NO** según corresponda. Aquellas preguntas que tengan respuesta positiva y no estén aclaradas invalidarán automáticamente la presente Declaración Jurada de Salud.

| Datos | Titular | Adherente 1 | Adherente 2 | Adherente 3 |
|-----------------|---------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre completo | | | | |
| Parentesco | | | | |
| Mail* | | | | |
| Teléfono* | | | | |
| Peso | | | | |
| Altura | | | | |
| FUM | | | | |

*Mayores de 18 años

Tit. Ad.1 Ad.2;Ad.3;

1. ¿Se siente en buen estado de salud?.....
2. ¿Está bajo atención médica? ¿Por qué motivo?
3. ¿Toma medicación regularmente? ¿Cuál?
4. ¿Tomó medicamentos en los últimos 6 meses? ¿Cuáles?
5. En este momento, ¿tiene algún motivo para consultar a un profesional de la salud?
6. ¿Tiene algún defecto físico, malformación o discapacidad?.....
7. ¿Ha sido operado y/o estuvo internado en alguna oportunidad?
8. ¿Tiene alteraciones en su menstruación, miomas, quistes, nódulos mamarios, endometriosis?.....
9. ¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Se encuentra embarazada actualmente?.....
10. ¿Ha tenido búsqueda/s infructuosa/s de embarazos? ¿recibió tratamiento de fertilización?
11. ¿Ha tenido aborto espontáneo o pérdidas? Aclarar cantidad y fechas.....
12. ¿Ha fumado/fuma, consumió/e alcohol o utilizó/a drogas? ¿Cuál?.....
13. ¿Ha sido tratado o ha consultado alguna vez o está actualmente en tratamiento por alguna de las siguientes? Aclarar al pie.
 - a) Hipertensión
 - b) Diabetes.....
 - c) Hiper/hipotiroidismo
 - d) Problemas respiratorios (asma, EPOC, SAHOS, fibrosis quística, otros)
 - e) Enfermedades malignas, inmunológicas o autoinmunes
 - f) Acidez estomacal, úlcera péptica, celiaquía
 - g) Problema de hígado, vesícula (cólicos, cálculos, hepatitis), próstata
 - h) Problema de riñón, incontinencia, litiasis, cálculos, cólicos
 - i) Dolor articular, artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, escoliosis o algún problema oseo, hiperuricemia, lesiones de ligamentos, cartílagos o tendones
 - j) Problemas de peso
 - k) Problemas psicológicos, psiquiátricos, neuronales
 - l) Dolores de cabeza
 - m) Alergias, intolerancia a la lactosa
 - n) Problemas cardíacos
 - o) Problemas intestinales, gástricos, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, colon irritable
 - p) Tiene o tuvo algún tipo de hernia o alteración de la pared del abdomen.....
 - q) Problemas hormonales.....
 - r) Problemas auditivos, disfonía, rehabilitación del lenguaje, dislalia, hipoacusia, usa audífonos o implante coclear
 - s) Tratamiento oncológico.....
14. ¿Tiene o tuvo alguna enfermedad de transmisión sexual?¿cuál?.....

En caso afirmativo, ¿está dispuesto a compartir su Historia Clínica con Auditoría Médica?.....

15. ¿Tiene o ha tenido problemas de la visión? Astigmatismo, cataratas, estrabismo, glaucoma, hipermetropía, miopía, queratocono.....
16. ¿Ud. se autopercebe con el sexo asignado al nacer?.....

En caso de respuesta negativa, y no haberse rectificado en DNI, indicar su nombre.....

17. ¿Ha tenido covid?

ACLARACIONES: Ante una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas detalle por favor (enfermedad, fecha, medicamento, tratamiento y/o secuela) en este espacio:.....

Yo DNI..... declaro bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica y fue completada por mi.

...../...../.....
Fecha de Firma

.....
Firma del AFILIADO