

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS PARA INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS Y ADHERENTES

DOCUMENTOS PARA BENEFICIARIOS (SIN COSTO)

1- Completar la solicitud de inscripción con los datos del funcionario titular. En la columna de abajo, completar con los datos correspondientes a los beneficiarios, y finalmente firmar la solicitud de inscripción.

COBERTURA MÉDICA

ASISMED

... Toda la Vida

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Empresa: CORTE SUPREMA DE JUSTICIA	Plan: 6905	Cto. Nº: 159206	Beneficiario Nº:
Nombre del Funcionario/Titular:		C.I. Nº:	Fecha Nac.:
Dirección Particular:		Período:	Tel. Part.:
Dirección Laboral:			Tel. Laboral:
Ciudad de Residencia:	RUC:		Tel. Celular:

Datos del titular

LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SEXO	FECHA NAC.	EDAD	C. IDENTIDAD	CIUDAD DE RES.	PARENTESCO	PRIMAS
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Datos del beneficiario

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FIRMA DEL FUNCIONARIO/TITULAR

Firma del titular

2- Adjuntar a la solicitud los siguientes documentos:

➤ **Cónyuge:**

1. Copia simple de la cédula de identidad.
2. Copia simple del certificado de matrimonio o copia de la Sentencia Definitiva autenticada por el Actuario Judicial o el Acta de Inscripción de la Unión en el Registro de Estado Civil de las Personas, con lo que la unión queda equiparada a un matrimonio legal según lo establece el Art. 86 de la Ley 1/92 y la Acordada N° 378 de la C.S.J.).

➤ **Hijos:**

1. Copia simple de la cédula de identidad.
2. Copia simple del certificado de nacimiento.

➤ **Hijos discapacitados:**

1. Copia simple de la cédula de identidad.
2. Copia simple del certificado de nacimiento.
3. Copia simple del certificado expedido por la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad-SENADIS).

DOCUMENTOS PARA ADHERENTES (CON COSTO)

1- Completar la solicitud de incorporación con los datos del funcionario titular, los datos del adherente, la opción para proceder al pago y finalmente firmar la solicitud de incorporación.

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
FUNCIONARIO TITULAR DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA (C.S.J.)**

FUNCIONARIO DE LA C.S.J.: Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nac.: _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Datos del titular</div>	C.I. N°: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____		TEL/CEL: _____	
CIUDAD: _____			
DOMICILIO LABORAL: _____		TEL/CEL: _____	
CIUDAD: _____			
E-MAIL: _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Consignar si o si correo electrónico, para la remisión de la factura.</div>	

A. CASO FUNCIONARIO TITULAR DE LA C.S.J.:

ADHERENTES NOMBRE Y APELLIDO	SEXO	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Datos del adherente, consignar si o si el parentesco.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD AL INGRESO (para Adherentes que ingresan 60 días posteriores a la incorporación del Funcionario Titular)
Declaro que todos los beneficiarios que figuran en el listado precedente estamos en buenas condiciones de salud, no teniendo conocimiento actualmente de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas y/o estado de gravedad. Queda constancia que, a la fecha, las enfermedades pre - existentes, crónicas y/o congénitas que afectan a los componentes de este contrato de cobertura médica sanatorial son:

1*) La fecha de inicio de este contrato de cobranza _____
2*) Tipo de cobranza _____
DEBITO:
RED DE PAGOS (MAS 3% DE
3*) Observación:

Marcar la opción para el débito y/o pago en bocas de cobranza.
Obs: Para el débito se deberá consignar una tarjeta de crédito, considerando que el sistema no acepta tarjeta de débito.

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO TITULAR
DECLARO QUE CONOZCO LAS CONDICIONES Y PRIMAS DEL CONTRATO, LAS CUALES ACEPTO SIN SALVEDAD Y ME RESPONSABILIZO DE LAS DECLARACIONES HECHAS POR MI, LIBRE Y ESPONTÁNEAMENTE.

FIRMA..... ACLARACION.....

Firma y aclaración del titular.



2. Completar el contrato de cobertura médica. En la primera parte del contrato, se deberán completar los siguientes datos: nombres y apellidos, C.I N°, RUC (en caso de contar) y domicilio del Titular. El funcionario deberá firmar en todas las hojas del contrato.

CONTRATO DE COBERTURA MÉDICA



Entre la firma ASISMED S.A. con domicilio en Diego de Silva N° 1215 y Teniente Insaurralde de la ciudad de Asunción, representada por sus Apoderados debidamente individualizados al fin del presente documento en adelante "ASISMED Y/O LA EMPRESA" el/la Sr/a.....

Datos del titular

RUC N°..... con domicilio en..... ciudad.....

en adelante EL CONTRATANTE, se conviene en celebrar el contrato de cobertura médica, que se regirá por las cláusulas y las condiciones siguientes:

1. OBJETO

- 1.1 Este contrato tiene por objeto regular las condiciones generales del plan Vip Corte Suprema de Justicia ofrecido por la Empresa a los Beneficiarios/Funcionarios Titulares de la Corte Suprema de Justicia (C.S.J.) sus Adherentes, y por consiguiente, regir la vinculación jurídica que de ella resulte.
1.2 Forman parte de este Contrato, los siguientes documentos:
1.2.1 La solicitud de incorporación del Funcionario Titular y sus Adherentes
1.2.2 Las condiciones generales de prestación y beneficios vigentes del "PLAN VIP CORTE SUPREMA DE JUSTICIA".
1.2.3 La Agenda de Profesionales e instituciones prestadoras disponibles para el Plan Vip Corte Suprema de Justicia.
1.2.4 La Tarjeta/Credencial de Identificación emitida por la Empresa.
1.2.5 Anexo con el detalle de las primas/aranceles de acuerdo al Beneficiario Titular (Funcionario de la C.S.J.).

2. PLAN DE COBERTURA ELEGIDO Y ALCANCE DEL MISMO.

- 2.1 El Contratante en su calidad de Funcionario Judicial Titular, contrata para sus adherentes debidamente individualizados en la solicitud de incorporación, el "Plan Vip Corte Suprema de Justicia" elaborado para los Magistrados y Funcionarios del Poder Judicial, cuyo alcance de cobertura está descrito en el Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la Corte Suprema de Justicia, condiciones generales que el Contratante declara aceptar y conocer, y hacer saber a todos los beneficiarios/adherentes de su grupo.
2.2 Queda entendido que la relación contractual celebrada por este acto entre el Contratante y la Empresa se regirá por lo establecido en el presente contrato, y respecto del alcance de la cobertura y condiciones generales establecidos el Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.
2.3 No se aplicará ninguna norma interna para el Adherente, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad (que es exclusiva para la titular o cónyuge) y las limitaciones establecidas en la Vigencia de los servicios del Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.
2.4 Los adherentes permanecerán en esta condición desde su incorporación hasta el fincamiento del contrato. No obstante, el titular podrá realizar incorporaciones mientras

Firma del titular

4.5 Si luego del primer año del contrato individual, el Funcionario Titular deseara rescindir el Contrato Individual de Cobertura Médica, dará un preaviso por escrito a ASISMED, con una antelación de treinta (30) días, a la fecha en la cual se hará efectiva la rescisión anticipada. Esta rescisión no generará responsabilidad alguna ni obligación de indemnización para ninguno de los contratantes.

4.6. No obstante, el Contratante podrá realizar inclusiones/exclusiones según los plazos establecidos en la cláusula decima del presente contrato, y la exclusión de adherentes solo se podrá realizar luego de haber transcurrido como mínimo un año desde la inscripción del adherente en cuestión.

5. DERECHOS DE LA EMPRESA.

- 5.1 La Empresa tiene los siguientes derechos:
5.1.1 Solicitar el chequeo pre-admisional/Declaración jurada de salud para los adherentes que ingresen pasados los 60 días desde la incorporación del funcionario titular o en los casos contemplados en el punto 3.4.1. del presente contrato
5.1.2. Requerir a los Profesionales Médicos e Instituciones Prestadoras todos los informes y datos relevantes relacionados con los antecedentes clínicos, patológicos o diagnósticos de los adherentes para la realización de las auditorías correspondientes, los que serán tratados en forma estrictamente confidencial.
5.1.3. Todos los demás derechos establecidos en las Condiciones Generales de Prestación y beneficios del plan contratado, y demás documentos integrantes del presente Contrato.

6. DE LAS LIMITACIONES EN LA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA

6.1. Queda bien entendido que el Profesional Médico o las Instituciones Prestadoras asumen la responsabilidad médico-legal inherente a la prestación de servicios médicos, no asumiendo la EMPRESA responsabilidad alguna por negligencia, imprudencia o impericia médica por parte del Médico o de sus asistentes o de los profesionales de las Instituciones prestadoras en su atención a los pacientes Beneficiarios tanto de los consultados o internados o de los ambulatorios. La responsabilidad de la Empresa se limita única y exclusivamente a la cobertura y al alcance de la misma tanto respecto del profesional como del paciente beneficiario.

7. DE LA SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.

- 7.1. Son causales de suspensión o cancelación de la cobertura médica, según sea el caso y el criterio de la Empresa, las siguientes:
7.1.1 La falta de pago de una (1) cuota mensual, de conformidad con el numeral 3.4. del presente contrato.
7.1.2 La falsedad y/u omisión en la solicitud de admisión y en la declaración jurada del Beneficiario adherente, respecto de su estado de salud, antecedentes médicos, datos personales y domicilio.
7.1.3 Los acontecimientos imprevisibles o inevitables que impidan por razones de fuerza mayor, la normal prestación de los servicios médicos sin que la interrupción o cancelación genere derecho a indemnización o compensación alguna a favor del Contratante y/o del Beneficiario adherente.
7.1.4 La utilización de la Credencial del plan de cobertura médica por terceros con consentimiento del Contratante y/o del Adherente.
7.1.5 La existencia de deudas del Contratante y/o sus beneficiarios/adherentes con la Empresa o sus Prestadores
7.2. Los adherentes perderán su condición de tal, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones previstas en el presente documento, siempre que la empresa lo decida en tal sentido, facultando a la empresa a proceder a resolver anticipadamente el contrato.

Firma del titular

El contrato según los plazos establecidos y la exclusión de adherentes se podrá realizar como mínimo luego de transcurrido un año de la inscripción del adherente en cuestión.

3. CUOTA MENSUAL Y FORMA DE PAGO.

- 3.1 El Contratante abonará a la Empresa por la cobertura que la misma provea a sus Adherentes, conforme el listado de los mismos y sus correspondientes primas individuales mensuales con IVA incluido, pagaderos por mes adelantado, asumiendo El Contratante las obligaciones de pago por sus adherentes, según sea el caso.
3.2 El Contratante abonará la cuota correspondiente por mes adelantado, del 1° al 10 de cada mes, a través del sistema de débito automático de una tarjeta de crédito o utilizando las redes de pago en convenio con la Empresa, abonando en este caso un recargo del 3% sobre el monto abonado en concepto de comisión por cobranza.-
3.3 Queda entendido que la imputación del cargo en el extracto de cuenta de la Tarjeta de crédito del Contratante, será recibo suficiente que acredite el pago de la cuota a ASISMED S.A.
3.4 La falta de pago de una (1) cuota mensual en el plazo correspondiente, suspenderá la cobertura para la prestación de los servicios médicos, corriendo por cuenta de los beneficiarios el pago de los servicios que hicieren uso. La Empresa, en consecuencia, no reconocerá ni abonará suma alguna por las prestaciones médicas realizadas bajo estas circunstancias, quedando liberada de toda responsabilidad y obligación respecto de la cobertura durante el tiempo de la mora.
3.4.1. La Reactivación del servicio como beneficiario/adherente, se efectuará únicamente con la cancelación de las cuotas pendientes con su correspondiente cargo por mora siempre que no haya acumulado más de dos (2) cuotas. En el caso que supere (2) dos cuotas sin pago deberá cancelar el saldo y para su reincorporación deberá llenar una declaración jurada de salud al momento de su reintegro. En caso de producirse esta eventualidad, la reactivación de la cobertura del beneficiario/adherente será con los mismos beneficios y prestaciones con excepción de los eventos/casos vinculados a afecciones/enfermedades preexistentes y/o crónicas, los cuales se regirán con un costo preferencial establecido de acuerdo a los convenios que tiene La Empresa con sus prestadores en convenio.

4. PLAZO.

- 4.1. El plazo del presente contrato se encuentra determinado por el Contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la Corte Suprema de Justicia, del Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente.
4.2. Este contrato individual podrá ser renovado en forma automática, en caso de que ante un nuevo Llamado licitatorio convocado por la Corte Suprema de Justicia, ASISMED resultara adjudicado en la próxima/s licitación de cobertura médica, para lo cual entrará a regir los plazos y condiciones de cobertura conforme a /ellos Pliego/s de Bases y Condiciones del referido proceso licitatorio y el Contrato suscripto entre la Corte Suprema de Justicia y Asismed.
4.3. En caso de que en el siguiente Llamado Licitatorio convocado por la Corte Suprema de Justicia, Asismed no se presentare, o no resultare adjudicado de dicho proceso licitatorio, o no se contemple la opción de inclusión de adherentes de funcionarios titulares, este contrato concluirá de pleno derecho por el transcurso del tiempo y del plazo establecido en el proceso licitatorio fenecido.
4.4. Asimismo, queda establecido que los Adherentes del Funcionario Titular de este contrato, permanecerán en esta condición hasta el día en que el Funcionario Titular de la C.S.J., sea desvinculado de la Institución/Poder Judicial por cualquiera de los motivos previstos en la Ley, conforme comunicación cursada a la Empresa por la Corte Suprema de Justicia, y siempre que el contrato se encuentre vigente.

Firma del titular

7.3. La pérdida de tal condición no extinguirá las deudas que por cualquier causa tengan con la Empresa.

8. DE LOS DAÑOS A BENEFICIARIOS POR TERCEROS.

8.1. La empresa quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del Contratante y/o Beneficiario/s adherente/s contra los terceros por cuya acción u omisión aquel o sus Beneficiarios Adherentes sufran lesiones que motiven los servicios asistenciales por la Empresa, estando el Beneficiario obligado a prestar a la Empresa, toda la información y cooperación necesaria a juicio de la misma, que posibilite a esta última el ejercicio contra terceros de todos los derechos y acciones de que fuera Titular el Beneficiario, como consecuencias de los daños y/o perjuicios que sufran por el hecho de dichos terceros y hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por la Empresa.

9. AUTORIZACION

9.1. Por medio de la presente, autorizo/amos expresamente a ASISMED, a utilizar mis datos personales, incluyendo pero no limitándose a los datos crediticios que surjan de la presente relación comercial, de conformidad a lo requerido por la Ley No. 6534/20 de "Protección de Datos Personales Crediticios" y concordantes. El consentimiento otorgado incluye la cesión de estos datos a Sociedades de Información Crediticia u otras empresas especializadas tanto dentro o fuera del país, con las medidas suficientes para garantizar que sean tratados con niveles adecuados de protección. Los datos sobre los cuales se otorga el presente consentimiento incluyen: a) la identificación de mi persona y/o razón social, financiera, (nombres, cédula de identidad, RUC, fecha de nacimiento o constitución, etc); b) los datos de la relación contractual celebrada y la forma de su cumplimiento, es decir tanto la información positiva como la negativa (monto, cuotas, saldo, vencimiento, fecha de pago o días de mora, etc); c) otros tipos de datos que sean relevantes de carácter comercial, crediticia, o patrimonial (domicilio, teléfono, celular, correo electrónico). Asimismo, autorizo expresamente a ASISMED, para que incluyan mi nombre personal y/o Razón Social, en el Registro General de Morosos de INFORMCONF y/o cualquier otro registro de cualquier empresa proveedoras de datos personales y comerciales.

10. CAMBIOS EN EL GRUPO DEL CONTRATO

- 10.1. El Contratante está obligado a dar aviso inmediato y por escrito a la Empresa en los siguientes casos:
10.1.1 Cambio de domicilio.
10.1.2 Fallecimiento de una persona beneficiaria/adherente del Contrato.
10.2. Inclusión de un adherente: se condicionará la inclusión de beneficiarios al día 10 (diez) de cada mes.
10.3. Exclusión de un adherente: como mínimo luego de transcurrido un año desde su incorporación al contrato, y se condicionará al día 10 (diez) del mes.

11. CONDICION DE PREVALENCIA

11.1. Queda entendido que en virtud del presente contrato se adquiere un plan cuyas condiciones de prestación y beneficios fueron establecidos según un plan licitado celebrado entre Asismed S.A. y la Corte Suprema de Justicia, por lo que en el caso de existir discrepancias entre lo establecido en este contrato individual suscripto por el Contratante/Beneficiario y las Condiciones generales de prestación y beneficios del plan licitado por la Corte Suprema de Justicia, prevalecerán las cláusulas que son convenidas en el presente Contrato individual de cobertura médica sanatorial en relación a las condiciones de pago y suspensión de cobertura.

Firma del titular

12. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO.

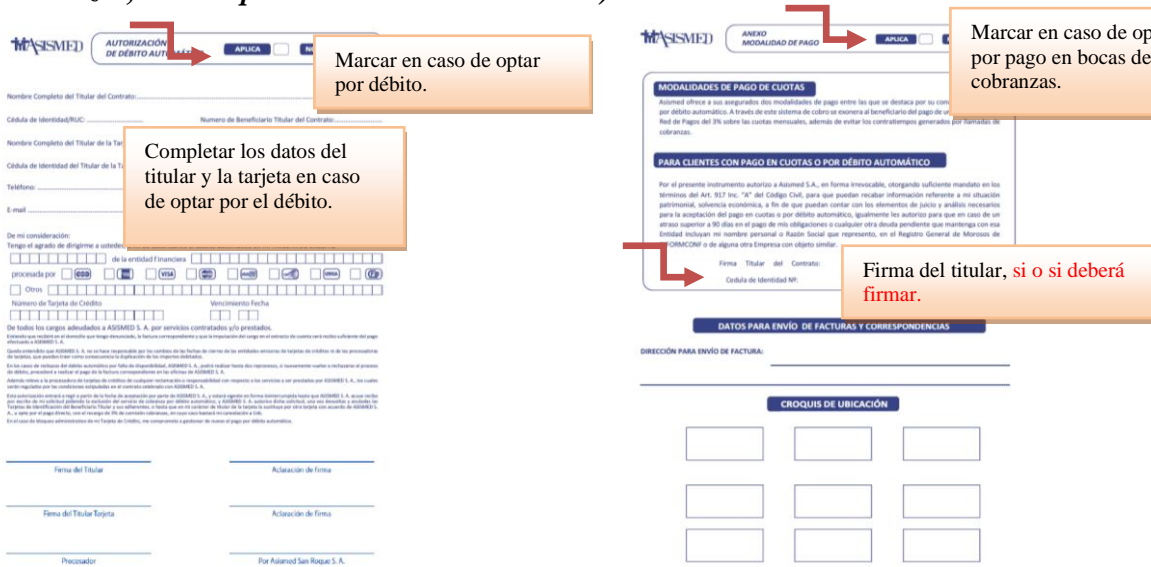
12.1. En caso de divergencia en la interpretación y/o aplicación del presente contrato las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de Asunción fijando las partes sus domicilios en los lugares mencionados en el encabezamiento de este contrato, donde serán practicadas válidamente todas las notificaciones. Cualquier cambio de domicilio deberá ser notificado por escrito a la otra parte.

En prueba de conformidad y aceptación lo suscriben en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Asunción, a los días del mes de de 202....



3- Completar la hoja correspondiente a la modalidad de pago.

- Marcar “aplica” en autorización de débito automático (en caso de optar por el descuento **por medio de tarjeta de crédito**) y completar todos los datos.
- Marcar “aplica” anexo modalidad de pago (en caso de optar por el pago en las bocas de cobranzas, la cual posee una comisión del 3%)



Obs: tanto para el pago con tarjeta de crédito o el pago en las bocas de cobranzas, deberán firmar y consignar el número de CI en la parte que dice firma del titular del contrato.

4- En el caso que haya transcurrido el plazo de 60 (setenta) días de la incorporación del titular, para la inclusión de adherentes se deberá llenar una declaración jurada de salud. En caso de producirse esta eventualidad, la cobertura del adherente será con los mismos beneficios y prestaciones, con excepción de los eventos/casos vinculados a afecciones/enfermedades preexistentes y/o crónicas, los cuales se registrarán con un costo preferencial establecido de acuerdo a los convenios que tiene la prestadora con sus prestadores en convenio.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS IMPUESTO: Recuerde que la declaración falsa o la omisión respecto de su estado de salud, y antecedentes médicos, son causas de suspensión y/o cancelación de la cobertura médica. **MASISMED**

Fecha: / / Fecha de nacimiento: / / C.I. N°: C.I del adherente

Nombre del Beneficiario: Nombre del adherente Edad: Firma del titular

Nombre del Titular: Datos del titular

	Marque con una "x" según corresponda		Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual
	SI	No	
1			Ansiedad, depresión, o cualquier trastorno mental que haya requerido tratamiento o psicoterapia.
2			Accidentes cerebrovasculares, convulsiones, tratamiento de cráneo u otro trastorno neurológico.
3			Enfermedades de oído, boca, nariz, garganta, ojos.
4			Enfermedades de la tiroides u otra glándula de secreción interna.
5			Bronquitis crónica, asma, enfisema u otras enfermedades respiratorias.
6			Angina de pecho, ataque cardíaco, infarto del miocardio, fiebre reumática, soplo cardíaco o cualquier condición cardiovascular.
7			¿Ponte Marcapaso o se ha realizado cateterismo cardíaco, angioplastia o bypass coronario?
8			Arteriosclerosis, aneurisma, vórices o alteraciones de los valores de Colesterol y Triglicéridos.
9			Diabetes.
10			Hipertensión arterial.
11			Enfermedades del estómago, intestino, ano (fisuras o hemorroides)
12			Enfermedades del hígado, páncreas y de la vesícula biliar.
13			Enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.).
14			Quiste, cáncer o tumores. <i>Especificar localización y naturaleza.</i>
15			Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamas / próstata.
16			¿Está usted Embarazada? <i>(en caso de ser mujer)</i>
17			Indique por favor fecha de la última menstruación. <i>(en caso de ser mujer)</i>
18			Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones.
19			¿Ha sido usted internado por algún cuadro no quirúrgico?
20			¿Ha sido usted sometido a cirugía?
21			¿Ha recibido usted quimioterapia o radioterapia?
22			Medicación que utiliza actualmente (incluidas vitaminas, antioxidantes, etc.)
23*			Fuma.
24			Bebe.
25			¿Consumo usted cualquier droga por razones no médicas?
26			¿Padece usted alguna enfermedad no mencionada previamente?

Firma del Beneficiario: Aclaración: C.I. N°:

Firma, aclaración y C.I del adherente

Se deben marcar todas las casillas con las opciones "sí" o "no", en caso de marcar la opción "sí" se deberá completar además la descripción (tiempo, tipo y tratamiento actual)

5- Adjuntar copia simple de la cédula de identidad del adherente a ser ingresado.

Considerando la vigencia del nuevo contrato desde el 01 de febrero de 2023, los funcionarios pueden solicitar la inclusión de adherentes sin la presentación de la declaración jurada de salud hasta el 31 de marzo de 2023, posterior a esa fecha se deberá presentar la declaración jurada.