

Informaciones para la inclusión de beneficiarios y/o adherentes

1. Inclusión de beneficiarios: serán tomados como miembros del grupo familiar (sin costo):

- El titular.
- Su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por unión de hecho, para la inscripción deberá presentar copia de la cédula de identidad, copia 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.)
- Sus hijos solteros hasta el mes en que cumplan 21 años (para la inscripción se deberá presentar copia del certificado de nacimiento y copia de la cédula de identidad).
- Los hijos discapacitados sin límites de edad, (para la inscripción se deberá presentar copia de la cédula de identidad, copia del certificado de nacimiento y copia del certificado expedido por la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad-SENADIS).

2. Inclusión de adherentes: adherentes con costo y a cuenta exclusiva del titular:

- Hasta dos adultos mayores (padre y madre del titular), por cada uno de los adherentes, se abonará una prima de acuerdo al tramo de edad.
- Todos los hijos solteros al mes siguiente de cumplir 21 años de edad, por cada uno de los adherentes, se abonará una prima de acuerdo al tramo de edad.

3. Inclusión de adherentes para funcionarios casados entre sí: adherentes con costo y a cuenta exclusiva del titular:

- 4 (cuatro) adultos mayores, elegibles entre el padre, la madre, el suegro o la suegra del titular, por cada uno de los adherentes, se abonará una prima de acuerdo al tramo de edad establecido.
- Todos los hijos solteros al mes siguiente de cumplir 21 años de edad, por cada uno de los adherentes, se abonará una prima de acuerdo al tramo de edad establecido.
- Para acceder a estos beneficios, el titular del servicio, deberá acercar una constancia de trabajo, tanto suya como de su cónyuge.

COSTO PARA LOS ADHERENTES			
RANGO DE EDAD	PORCENTAJE	PRECIO DÉBITO AUTOMÁTICO	PRECIO BOCAS DE COBRANZA
Hasta 40 años	30%	300.000	309.000
Mayor de 40 hasta 59 años	40%	400.000	412.000
A partir de los 60 y hasta 74 años	50%	500.000	515.000
A partir de los 75 años	60%	600.000	618.000

Para la inclusión de adherentes, se deberán completar y presentar los siguientes documentos:

- Solicitud de incorporación.
- Contrato de cobertura médica.
- Modalidad de pago.
- Copia de la cédula de identidad del adherente.
- Declaración jurada de salud, en los casos que la solicitud de inscripción se realice pasados los 60 (sesenta) días de la incorporación del titular.

Observaciones:

- Inclusión de beneficiarios y adherentes, del 1 al 10 de cada mes, con la presentación de los documentos respectivos.
- Las incorporaciones de adherentes durante la vigencia del contrato sólo podrán ser realizadas por el titular, **los adherentes deberán permanecer en esta condición por un período mínimo de 1 (un) año, a cuyo efecto, el titular suscribirá un contrato de cobertura médica con las condiciones de pago y suspensión de la cobertura.** Los costos serán abonados por el titular en forma directa a la prestadora de servicios.
- LA PRESTADORA no podrá unilateralmente excluir a ningún adherente, por reglamentación interna, **solo suspender temporalmente el servicio por falta de pago de UN MES, EN FORMA AUTOMÁTICA. Al regularizarse los pagos, su reincorporación será ajustada a lo establecido en el punto 5 inc b.**
- La cobertura de maternidad, es exclusiva para la titular o cónyuge del titular.

Cabe recordar lo establecido en el punto 5.b, correspondiente a la vigencia de los servicios:

Los adherentes que se incorporan pasando los de 60 (sesenta) días de la incorporación del titular deberán llenar una declaración jurada de salud al momento de su ingreso. 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 regirán con un costo preferencial establecido de acuerdo a los convenios que tiene la prestadora con sus prestadores en convenio.

Firma del funcionario: _____

Número de C.I: _____

Aclaración: _____

Nro. de Celular _____

Fecha: _____