


PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS (SIN COSTO)

BENEFICIARIOS

- Cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho, **para la inscripción será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria:**
 - Solicitud de inscripción.
 - Copia simple de la cédula de identidad.
 - 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 solteros hasta el día en que cumplan 21 años, **para la inscripción se deberá presentar:**
 - Solicitud de inscripción.
 - Copia simple de la cédula de identidad.
 - Copia simple del certificado de nacimiento.
- Hijos discapacitados sin límites de edad, **para la inscripción se deberá presentar:**
 - Solicitud de inscripción.
 - Copia simple de la cédula de identidad.
 - Copia simple del certificado de nacimiento.
 - Copia simple del certificado expedido por la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad-SENADIS).

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.

COBERTURA MÉDICA



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Empresa: CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Plan: 6905 Cto. N°: 159206

Beneficiario N°:

Nombre del Funcionario/Titular: _____

C.I. N°: _____

Fecha Nac.: _____

Dirección Particular: _____

Barrio: _____

Tel. Part.: _____

Dirección Laboral: _____

Tel. Laboral: _____

Ciudad de Residencia: _____

RUC: _____

Tel. Celular: _____

Datos del titular (funcionario)

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 (funcionario)

2- La solicitud y la documentación respaldatoria deberá ser presentada en:

- Dirección de Desarrollo del Personal. Palacio de Justicia – Asunción - 9° Piso Torre Sur.
- Oficinas de RR.HH de las Circunscripciones Judiciales del Interior del País.
- Correo electrónico gestionseguros@pj.gov.py



PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DE ADHERENTES (CON COSTO)

ADHERENTES

- 2 (dos) adultos mayores, padre y madre.
 - Obs:** Sólo en el caso de funcionarios casados entre sí, se podrá incluir al suegro o la suegra del titular.
- Los adherentes deberán permanecer en esta condición por un periodo mínimo de 1 (un) año, a cuyo efecto, el titular suscribirá una carta de compromiso.
- Para la incorporación será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria:
 - Solicitud de incorporación.
 - Contrato de cobertura médica.
 - Modalidad de pago.
 - Declaración jurada de salud (en el caso de haber transcurrido el plazo establecido).
 - Copia simple de la cédula de identidad.

1- Completar la solicitud de incorporación con los datos del funcionario titular. En la columna de abajo, completar con los datos correspondientes al adherente y finalmente firmar la solicitud.

**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.: _____		Datos del titular (funcionario)	C.I. N°: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____		TEL/CEL: _____	
CIUDAD: _____			
DOMICILIO LABORAL: _____		TEL/CEL: _____	
CIUDAD: _____			
E-MAIL: _____		RUC: _____	

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. _____				

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 gravidez. 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 es a partir del / /

2*) Tipo de cobranza
DEBITO:
RED DE PAGOS (MAS 3% DE COMIS COB.):

Marcar la modalidad de pago

3*) Observación:

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 del titular (funcionario)

Aclaración del titular (funcionario)



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. Así también deberá firmar el contrato en todas las hojas del contrato y en la línea que dice "El Contratante".

CONTRATO DE COBERTURA MÉDICA



ENTRE la firma ASISMED S.A. con domicilio en la casa de la Avenida Brasilia N° 1182, representada por sus Directores Titulares debidamente individualizados al pie del presente documento en adelante "ASISMED Y/O LA EMPRESA" indistintamente, y el/ la Sr/a con C.I. N°

Datos del titular (funcionario)

EL CONTRATANTE, se conviene en celebrar el contrato de cobertura médica, or las cláusulas y las condiciones siguientes:

El presente contrato tiene por objeto regular las condiciones generales de la contratación de cobertura médica sanitaria, según los diversos planes de cobertura médica, ofrecido por la Empresa al Contratante 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 Adherente.
1.2.2. El plan de cobertura elegido.
1.2.3. Las condiciones generales de prestación y beneficios del plan elegido.
1.2.4. La Agenda de Profesionales e instituciones prestadoras en Convenio.
1.2.5. La Tarjeta/Credencial de Identificación de Adherente emitida por la Empresa.
1.2.6. Anexo con el detalle de las primas/arcanceles del plan.

2. PLAN DE COBERTURA ELEGIDO Y ALCANCE DEL MISMO.

2.1. El Contratante en su calidad de Funcionario Judicial Titular conforme al listado remitido por el Poder Judicial, contrata para sus adherentes debidamente individualizados en la solicitud de incorporación, el "Plan de Cobertura Médico, Sanatorial, Integral para los Funcionarios de la CSJ/PJ" elaborado para los Funcionarios del PJ, cuyo alcance de cobertura está descrito en el Contrato celebrado entre ASISMED S.A y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY por el periodo.
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 únicamente respecto del alcance de la cobertura se regirá por lo establecido en el Contrato celebrado entre ASISMED y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.
2.3. No se aplicará ninguna norma interna para los Adherentes, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad, que es exclusiva para la titular o conyuge/ concubina del titular, hijas beneficiarias e hijas adherentes.

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, por el Plan elegido, la cantidad de Guaraníes. (G.) mensuales con IVA incluidos, pagaderos por mes adelantado, asumiendo El Contratante las obligaciones de pago por sus adherentes.
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.

11. CAMBIOS EN EL GRUPO DEPENDIENTE DEL CONTRATO

11.1. El Contratante está obligado a dar aviso inmediato y por escrito a la Empresa dentro de los siete (7) días de acaecido el hecho, en los siguientes casos:
11.1.1. Cambio de domicilio.
11.1.2. Fallecimiento de una persona Adherente del Contrato.
11.2. Inclusión o exclusión de un adherente: se condicionará la inclusión o exclusión de beneficiarios al día 10 (diez) de cada mes.

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 20...

EL CONTRATANTE

LA EMPRESA

Firma del titular (funcionario)

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)

Obs: tanto para el pago con tarjeta de crédito o el pago en las bocas de cobranza, el titular deberá firmar y consignar el número de cedula en la flecha de color rojo indicada.



4- En el caso que haya transcurrido el plazo de 60 (sesenta) días corridos 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, pero con un costo establecido por la prestadora en los casos correspondientes a enfermedades preexistentes y/o crónicas.

- Declaración jurada de salud para adultos, se debe completar con los datos del titular y el adherente.
- Indefectiblemente se deberán marcar con "X" **todas** las casillas con la opción "si" o "no". En el caso de marcar la opción "si", se deberá completar además la descripción (tiempo, tipo, tratamiento actual).

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS ¡IMPORTANTE! Responder que la declaración falsa o la omisión respecto de los estados de salud y antecedentes médicos, con carácter de sustantiva por consecuencia de la cobertura médica. **ASISMED**

Fecha: / / **Datos del adherente** C.I. Nº: **Firma del titular (funcionario)**

Nombre del Beneficiario: **Datos del titular (funcionario)** Edad: **Firma del titular (funcionario)**

Nombre del Titular: **Datos del titular (funcionario)** Firma: **Firma del titular (funcionario)**

Nº	¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?	¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?		Descripción (tiempo, tipo, tratamiento actual)
		SI	NO	
1	Ansiedad, depresión o trastornos mentales similares			
2	Accidentes cerebrovasculares			
3	Enfermedades de los ojos (cataratas, glaucoma, etc.)			
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, fibrilación auricular, soplo cardíaco o cualquier condición cardiovascular			
7	¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades cardíacas, angiolíticas o bypass coronario?			
8	Arteriosclerosis, aneurismas, várices 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. Especificar localización y naturaleza			
15	Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamas / próstata			
16	¿Está usted embarazada? (en caso de ser mujer)			
17	Indique por favor fecha de la última menstruación. (en caso de ser mujer)			
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	Fumar			
24	Beber			
25	¿Consumo usted cualquier droga por razones no médicas?			
26	¿Padece usted alguna enfermedad no mencionada previamente?			

En caso de marcar "si", se debe completar también la descripción (tiempo, tipo y tratamiento actual)

Firma del Beneficiario: **Firma del adherente** Aclaración: **Aclaración del adherente** C.I. Nº: **C.I del adherente**

5- La solicitud y la documentación respaldatoria deberá ser presentada en:

- Dirección de Desarrollo del Personal. Palacio de Justicia – Asunción - 9º Piso Torre Sur.
- Oficinas de RR.HH de las Circunscripciones Judiciales del Interior del País.
- Correo electrónico gestionseguros@pj.gov.py

Las incorporaciones de beneficiarios y/o adherentes por parte de la prestadora se realiza del 01 al 10 de cada mes.

El titular es responsable de la presentación de todos los documentos completos, por lo cual al momento de la recepción el Jefe de Recursos Humanos deberá verificar que toda la documentación se encuentre debidamente completa y firmada.

En el caso que la documentación no se encuentre completa, no se procederá a la inscripción y la documentación será devuelta a la Circunscripción Judicial, siendo el Jefe de Recursos Humanos el responsable de comunicar la situación al funcionario.