

### CONTRATO DEL SERVICIO DE SALUD

Por el presente, se establecen derechos y obligaciones del asociado y la Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales (A.M.P.J.B.O.N), en adelante la Mutual, las cuales regirán para las partes desde el ingreso y hasta su resolución por cualquiera de las partes y causales aquí establecidas.

Como documento complementario al mismo se encuentra: "Solicitud de Ingreso" que contiene Declaración Jurada de Patologías y el "Anexo de Cobertura" que establece las condiciones según el Servicio de Salud contratado por el asociado.

**ACREDITACIÓN DEL ASOCIADO:** el asociado contará con una credencial virtual (disponible en la APP Jerárquicos Móvil), personal e intransferible. Los servicios podrán ser utilizados con la presentación de la credencial virtual y el documento de identidad (DNI) a fin de acreditar la titularidad, debiendo el asociado posteriormente generar desde la APP un token a través del cual se autenticará la prestación de salud recibida.

**DEL INGRESO:** podrán asociarse a los servicios de salud que ofrece la Mutual según su condición, ya sea en forma individual o como grupo familiar, las personas físicas con capacidad jurídica para contratar, abonando la cuota societaria, por mes y por persona. La Mutual contiene planes para asalariados, autónomos y jubilados. Los asalariados y jubilados, son aquellos que se asocian a la Mutual a través de la opción de cambio oportunamente efectuada a los fines de obtener un plan superador. Los autónomos, se asocian de forma directa a la Mutual en alguno de los servicios de salud disponibles. Según la ley, se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del asociado titular; los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral; los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta las veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular, que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; los hijos incapacitados y a cargo del asociado titular, mayores de veintiún (21) años; los hijos del cónyuge/conviviente; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial. La persona que conviva con el asociado titular sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación vigente (artículo 14 Ley 26.682). El hijo que contrajera matrimonio o iniciare concubinato deberá notificar dicha situación. El recién nacido cuya madre/padre se encuentre asociada/o a la Mutual, tendrá cobertura desde el nacimiento hasta el término de un (1) mes, debiendo tramitar en ese periodo de tiempo su incorporación. El trámite de asociación del recién nacido es responsabilidad exclusiva del asociado titular. Vencido dicho plazo y no cumplido el trámite requerido el menor no será considerado asociado a la Mutual.

**COBERTURA:** se rige según lo establecido en el "Anexo de Cobertura" (alcances, prestaciones cubiertas por año calendario, prestaciones con coseguro, topes de cobertura, etc.) correspondiente a cada Servicio de Salud

ofrecido por la Mutual. Dicho "Anexo" se encuentra sujeto a actualizaciones y modificaciones prestacionales de cobertura, siendo ésta una facultad de la entidad, las cuales podrán ser consultadas por el asociado en todo momento desde el sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com), las que serán brindadas exclusiva y únicamente en el territorio nacional y por prestadores contratados.

**ACCESO A LAS PRESTACIONES:** los asociados que requieran cualquiera de las prestaciones del servicio de salud contratado, podrán acceder a las mismas a través de los profesionales y/o instituciones contratadas por la Mutual, teniendo el asociado derecho de libre elección entre todos ellos. El detalle de estos se encuentra publicado en la cartilla de prestadores, disponible en el sitio web [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) y en la App Jerárquicos Móvil. La Mutual podrá modificar y/o actualizar la nómina de prestadores y de prestaciones de la cartilla. La circunstancia de que un profesional o institución se encuentre en cartilla no implica que todos los servicios que brindan los mismos se encuentren convenidos por la Mutual, se deberá tener en cuenta en estos casos el tipo de prestación y la correspondiente autorización previa de la Mutual. La Mutual cuenta con un listado de prestaciones (médicas/bioquímicas/odontológicas) que no requieren previa autorización, las cuales se encuentran informadas tanto en la APP Jerárquicos Móvil, como en su sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) (sección exclusiva para asociados Mi JS), pudiendo acceder con la sola presentación de indicación médica, credencial virtual, generación de token y DNI. En lo que respecta a aquellas prestaciones que requieren previa autorización, el asociado deberá utilizar como medio habilitado a tal fin los siguientes: APP Jerárquicos Móvil, sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) (sección exclusiva para asociados Mi JS) o personalmente en cualquier oficina de atención. El asociado deberá prestar conformidad con la prestación mediante la emisión de un token desde la APP Jerárquicos Móvil, tanto para las prestaciones que requieren autorización previa como aquellas que no. En cuanto a la validez de las prescripciones médicas, referan a medicamentos o prácticas médicas, tendrán vigencia hasta 30 (treinta) días después de emitidas. La vigencia se computará desde la fecha de la prescripción médica.

**COSEGUROS:** se aplicarán según lo establecido en el "Anexo de Cobertura". Serán generados por nuestra administración e imputados en la cuenta corriente del asociado una vez liquidados los consumos correspondientes. El asociado puede consultar en cualquier momento los valores de los coseguros aplicados por tipo de práctica y según el servicio de salud seleccionado, en la App Jerárquicos Móvil, sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) (sección exclusiva para asociados Mi JS).

**ACCESO PROGRESIVO A LA COBERTURA (AUTÓNOMOS):** se define como acceso progresivo al periodo de tiempo transcurrido entre el ingreso del asociado al servicio de salud y el momento en el cual puede comenzar a consumir las prestaciones. Aquellas prestaciones obligatorias de cobertura médica-asistencial, incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, no tendrán tiempo de espera, pudiendo el asociado desde su ingreso acceder a dichas prestaciones. En lo que respecta a aquellas prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente, el acceso a la cobertura será de acuerdo con el

tiempo de espera establecido en el "Anexo de Cobertura" correspondiente a cada servicio de salud, conforme lo dispuesto por la ley 26.682 y el decreto reglamentario 1993/11. El periodo máximo por el que se puede establecer carencia es de 12 (doce) meses corridos desde el comienzo de la relación contractual y quedará automáticamente anulada pasado dicho período. En caso de realización o solicitud de autorización previa de una prestación que se encuentre dentro del periodo del tiempo señalado de carencia, se auditará y en caso de corresponder se dará curso a la autorización, generando un coseguro del 100% del valor de la prestación en su cuenta corriente.

**EXCLUSIONES DE COBERTURA:** quedan expresamente excluidas de la cobertura contratada y que la Mutual brinda a sus asociados, a saber:

- Accidentes laborales y/o patologías, secuelas que deban ser cubiertas por ART.
- Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas, equipamiento médico, medicamento, que se encuentren en etapa experimental o de investigación o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia; que se contrapongan al proceso natural del individuo.
- Drogas y tratamientos no aprobados por el Ministerio de Salud y/o la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Medicamentos de venta libre o fórmulas de preparados magistrales, productos dietéticos, homeopáticos, dermatocósméticos, bioenergizantes, reconstituyente dérmico, tratamiento de la disfunción masculina, de cesación tabáquica, antiseborreicos, bioorganoterápicos capilares.
- Material descartable de uso ambulatorio.
- Podología, cosmiatría, cosmetología, hidroterapia. Terapias o cura de revitalización o rejuvenecimiento, anti-stress. Homeopatía, acupuntura, quiropraxia.
- Vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación. Tratamientos desensibilizantes de alergias/vacunas que no se encuentren especificadas en el Manual Farmacéutico (Vademécum Nacional de Medicamentos).
- Medicina alternativa.
- Estudios genéticos con relación al embarazo. Cualquier servicio o suministro en relación con el control de la natalidad, embarazo, salvo lo cubierto específicamente por la normativa legal vigente.
- Internaciones en establecimientos geriátricos. Tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento.
- Reintegros de intervenciones quirúrgicas y demás gastos que deriven de las mismas, realizadas por prestadores que no se encuentren en la cartilla de la Mutual. Prestaciones realizadas fuera del país. Prestaciones realizadas por profesionales que han sido dados de baja por la Mutual e informados como tal en la cartilla publicada. No se reintegran en ningún caso las prácticas que no tuvieran autorización previa de parte de la auditoría médica, si la misma requiere dicha condición.
- Cirugías estéticas (a excepción de las que se encuentran específicamente con cobertura de monto fijo bajo la modalidad de reintegro en servicios de salud que así lo contemplen) y teniendo en cuenta los topes de

cobertura de cada servicio de salud.

- Además de las prestaciones detalladas en el presente documento, se excluye de la cobertura todo tratamiento, prácticas o cirugías no previstas por el Programa Médico Obligatorio y en la Ley 24.901, salvo que fueren expresamente incluidas en los distintos servicios de salud de la Mutual.

**DE LOS REINTEGROS:** la Mutual ofrece el servicio de reintegro en los siguientes casos: - en prestaciones que expresamente estén contempladas bajo dicha modalidad según el servicio de salud; - en situaciones de corte de convenios; - en localidades que no posean prestadores con convenios formalizados. El valor de los reintegros será el valor de referencia de los convenios que la Mutual formaliza en la zona de prestación. La Mutual transferirá el reintegro solicitado a la cuenta oportunamente informada por el asociado, debiendo no poseer deuda alguna. En el supuesto que exista deuda por cualquier motivo o concepto con la Mutual, la Asociación tendrá el derecho de retener la suma imputable a reintegro y aplicarla a la cancelación de la deuda mantenida por el asociado. Para gestionar el reintegro el asociado deberá remitir los comprobantes y la documentación que corresponda, según la prestación de la cual se trate, por cualquiera de los medios habilitados para tal fin: APP Jerárquicos Móvil, sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) (sección exclusiva para asociados Mi JS), personalmente en cualquier oficina de atención. Los reintegros deberán ser solicitados dentro de los seis (6) meses de la fecha de emisión de la factura correspondiente, siempre que la documentación se encuentre completa.

**PREEXISTENCIAS:** se entiende por enfermedad o situación preexistente, a aquella que el asociado y/o grupo familiar padeciera al momento de suscribir la declaración jurada de salud. Al momento del ingreso a la Mutual, el asociado deberá completar y suscribir una declaración jurada registrando toda/s enfermedad/es preexistente/s, patologías, tratamiento y toda información de salud referida en la misma. La auditoría médica de la Mutual es la encargada de evaluar la solicitud de ingreso y la declaración jurada, pudiendo solicitar toda información que estime pertinente y/o necesaria a los fines de verificar los datos allí consignados y el asociado se obliga a proveerla para completar el proceso de ingreso. De negarse a suministrar la información que fuera requerida, el trámite afiliatorio quedará sin efecto. La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a la Mutual a solicitar toda información pertinente a los efectos de la verificación de los datos consignados. La no declaración u ocultamiento de información en dicha declaración jurada, faculta a la Mutual a rescindir con justa causa el contrato celebrado por exclusiva responsabilidad del asociado, por falsedad o inexactitud de los datos aportados en la declaración jurada. El asociado es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar a cargo. Si Conforme evaluación efectuada por la auditoría médica de la Mutual se determine que existe enfermedad o patología preexistente, al momento de celebrar el contrato o detectadas con posterioridad, tanto del titular como un familiar a cargo, la Mutual determinará un valor diferencial del servicio de salud oportunamente contratado por el asociado, conforme lo establecido en la ley 26.682, decreto 1993/11 y normas complementarias y modificatorias.

**AJUSTES POR RANGOS ETARIOS:** de conformidad a lo establecido en la Ley 26.682, su Decreto reglamentario y la Resolución 419/12, la Mutual podrá establecer costos diferenciales para los servicios de salud al momento de la suscripción de la solicitud de ingreso, en función de la edad según franjas etarias preestablecidas, las cuales rigen tanto para el asociado titular como para cada uno de los integrantes de su grupo familiar a cargo. A los fines de establecer el valor de la cuota a abonar, se considerará la edad que cumpla el asociado en el transcurso del año de su adhesión, por lo expuesto el importe de la cuota mensual será incrementado conforme las franjas etarias establecidas por la Mutual. Asimismo, el importe será incrementado por la Mutual, conforme los aumentos que la misma determine. El ajuste por edad no aplica a asociados mayores de 65 años que tengan una antigüedad mayor a 10 años, de forma continua en la Mutual (art. 12 Ley 26.682).

**FALLECIMIENTO DEL TITULAR:** el fallecimiento del titular produce la resolución de pleno derecho de la asociación a la Mutual. Dicha situación no implica la caducidad de los derechos del grupo familiar. Los integrantes del grupo familiar contarán con la cobertura del servicio de salud al que estuvieran adheridos, durante un periodo de 3 (tres) meses, contados desde la fecha de deceso del titular, abonando la cuota mensual correspondiente. Una vez vencido dicho plazo, el cónyuge sobreviviente, el descendiente de mayor edad o representante legal o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad y a tal efecto cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del servicio de salud, de modo de mantener la continuidad de la asociación. Vencido dicho plazo (3 meses) sin que ninguno de los mencionados haya notificado a la Mutual la voluntad de continuar como asociados, operará la baja automática del grupo familiar

**COBERTURA SUBROGADA:** en el caso de prestaciones que deban brindarse por causa de omisión u acción dolosa o culposa de terceros, la Mutual se subroga en todos los derechos y acciones del asociado contra los terceros y/o sus aseguradores, a excepción de las expresamente mencionadas en el presente documento, respecto de la totalidad de los gastos abonados. Esta subrogación opera de forma automática y sin necesidad de notificación alguna, quedando el asociado obligado a proporcionar toda información y cooperación que resulte necesaria a los fines de que la Mutual pueda alcanzar el pleno ejercicio de este derecho, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por la Mutual. El asociado que haya recibido la cobertura responderá por toda acción u omisión de su parte que impida el ejercicio de dicha acción.

**EXTINCIÓN CONTRACTUAL:**

a) El asociado puede rescindir unilateralmente el contrato celebrado en cualquier momento, sin expresión de causa, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo informarlo con 30 (treinta) días de anticipación. A tales fines, La Mutual establecerá una fecha límite de cobertura. De registrarse deuda con la Mutual, la renuncia del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago. Ante la baja del titular, si uno o más miembros del grupo familiar quieren continuar con su asociación, deberán informar a la administración para conformar un nuevo grupo. De detectarse el uso del servicio de salud

con posterioridad a la fecha tope de cobertura establecida, el titular responderá civil y penalmente por el uso indebido del servicio, imputándose a su cargo el costo total de las prestaciones médicas realizadas. La Mutual se reserva el derecho de realizar las acciones legales que considere pertinentes. En cuanto a la/s baja/s de un miembro del grupo familiar y/o la propia, el asociado titular es el único autorizado para comunicarla, a través de los medios habilitados para tal fin.

b) La Mutual podrá rescindir el contrato: a) cuando el asociado incurra en la falta del pago de tres (3) cuotas íntegras y consecutivas. b) por falsedad u omisión de los datos consignados en la declaración jurada. En cualquiera de los supuestos mencionados, La Mutual notificará la rescisión del contrato y procederá a la deshabilitación de la credencial virtual.

**COMUNICACIONES/NOTIFICACIONES:** al ingresar el asociado es incorporado a la Comunidad Digital, por lo que acepta recibir toda la información relativa a la Mutual por medio del correo electrónico que se declare en dicha oportunidad, sean las comunicaciones de índole administrativas (resumen mensual, novedades sobre el servicio, etc.) como así también las de carácter legal emitidas, desestimando al mismo tiempo la recepción mediante soporte papel. Dichas comunicaciones son consideradas de carácter formal y causa efecto de comunicación fehaciente, aun cuando el asociado haya modificado dicha información sin cumplir la instancia de notificación previa a la Mutual, por los medios habilitados al efecto. El asociado tiene la obligación de informar cualquier cambio de los datos personales informados en la solicitud de ingreso. Para el supuesto caso de controversias, a los efectos de las notificaciones judiciales o extrajudiciales, se establecen como válidos los domicilios consignados en la solicitud de ingreso.

### **CUOTA, APORTES Y SERVICIOS**

**CUOTAS MENSUALES:** el asociado deberá abonar mensualmente el valor de la cuota establecida para cada servicio, previamente al plazo establecido como vencimiento. La cuota se considera por mes calendario, no pudiendo aplicarse proporción alguna en función de la fecha de alta o baja del asociado. La cuota se abona en forma completa e íntegra por todos los integrantes del grupo y no se admiten pagos parciales de ninguna índole. La Mutual brinda cobertura médico asistencial con diferenciación de la cuota por servicio de salud contratado, por grupo etario y conformación de grupo familiar. El costo de la cuota mensual está integrado por el valor correspondiente a cada servicio de salud y el aporte de obra social. Para el caso de asociados que ingresen a través del sistema de libre elección de obras sociales previsto en el Dto. 1141/96, sus modificatorios y/o ampliatorios, tendrán a su exclusivo cargo el pago a la Mutual, de la diferencia que hubiere, entre el valor del servicio de salud contratado y los aportes y contribuciones que la obra social derive efectivamente a la Mutual, como así también los coseguros, aranceles y extras que se establecen en las condiciones particulares del servicio de salud, a fin de mantener la amplitud prestacional ofrecida. El costo de la cuota es informado en el informe anticipado de débito y/o resumen mensual, el cual será remitido al correo electrónico denunciado

en la solicitud de ingreso, en App Jerárquicos Móvil, sitio web: [www.jerarquicos.com](http://www.jerarquicos.com) (sección exclusiva para asociados Mi JS), donde consta la fecha de vencimiento o débito según corresponda. De optar el asociado por el pago posterior a la fecha de vencimiento, se aplicarán automáticamente intereses moratorios y compensatorios, pudiendo ser pasible de ser informada su situación crediticia en las bases de datos públicas y/o privadas. La Mutual podrá modificar el costo de las cuotas mensuales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, siendo toda modificación notificada previamente al asociado con la debida antelación, no inferior a 30 días corridos.

**UNIFICACIÓN DE APORTES:** constituye la suma de aportes que la Mutual recibe por los integrantes de un grupo familiar, en favor del plan elegido por el titular. En caso de optar por la unificación de aportes, los titulares podrán tener acceso a la información correspondiente a ambos en la Cuenta Corriente, sin que ello implique incumplimiento alguno a lo dispuesto por Ley 25.326. En caso de anular dicha unificación (desvinculación del asalariado, o por divorcio y/o disolución de la unión convivencial) cada uno de los integrantes del grupo familiar podrá continuar con la misma cobertura, conforme a los planes de salud que la Mutual posee.

**BONIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD:** la Mutual contempla las siguientes bonificaciones al costo del servicio de salud contratado, las que podrán ser aplicadas a los segmentos que a continuación se detallan:

- a) Asociado individual o Matrimonio, en planes asalariados, de entre 18 y 35 años de edad, sin carga de familia ni embarazo en curso.
- b) Asociado individual de planes autónomos, entre 18 y 35 años de edad inclusive, sin carga de familia ni embarazo en curso.

Para todos los casos la bonificación sobre el costo del servicio de salud contratado tendrá vigencia desde el inicio de cobertura y por los primeros 6 meses. Transcurrido dicho periodo la Mutual se reserva el derecho de proceder a la quita de las bonificaciones otorgadas, lo que será debidamente notificado con una antelación de 30 días.

Una vez obtenida, la bonificación cesará automáticamente en los siguientes casos: por el transcurso de los 6 meses, por cambio de alguna de las condiciones requeridas para el otorgamiento de la bonificación, por la detección de enfermedades preexistentes no declaradas, ante el acceso a un programa de cobertura diferencial, y/o por mora o falta de pago del servicio de salud en tiempo y forma.

**MORA:** retraso en el cumplimiento de una obligación vencida, que conlleva el pago de intereses cuando la obligación consista en el pago de una cantidad de dinero. En este caso, transcurrido el término impago establecido en la ley de tres (3) meses íntegros y consecutivos, la Mutual notificará en forma fehaciente al asociado la constitución en mora, intimando a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas dentro del término de diez (10) días hábiles desde la notificación, conforme art. 9 Ley 26.682. Asimismo, y si el socio hubiese optado por pagar mediante débito automático, verificándose tres o más rechazos en los débitos, la Mutual podrá

cambiar automáticamente y sin previa notificación, a la modalidad de pago por caja. Vencido dicho plazo la Mutual podrá disolver sin más el vínculo contractual. Dicha baja no extingue las deudas que el asociado mantenga, reservándose la Mutual el derecho de exigir su pago con más capital histórico de la misma, intereses moratorios, gastos y honorarios de gestión de cobranza si correspondiesen; coseguros y/o servicios que se consuman. El asociado que sea dado de baja de la Mutual por mora y desee reincorporarse deberá previamente cancelar la totalidad de la deuda, informar el pago de esta y solicitar por medio fehaciente la reincorporación, quedando sujeta a las auditorias correspondientes.

**SERVICIOS ADICIONALES:** son aquellos servicios que el asociado podrá contratar de manera voluntaria al momento de la afiliación y se abona en forma complementaria al servicio de salud contratado. Se detallan a continuación:

- **Servicio especial de prótesis internas:** este servicio brinda cobertura del 80% en prótesis importadas. Lo abona únicamente el titular y cubre al grupo familiar. En los servicios de salud asalariados transcurridos 24 meses de permanencia en este servicio, la cobertura alcanza el 100%. Los valores de reconocimiento son los definidos por la Mutual según evaluación de presupuestos ajustados a las características, calidad y uso solicitadas y reconocidas. En los servicios de salud autónomos la cobertura es del 80%. Los valores de reconocimiento son los definidos por la Mutual según evaluación de presupuestos ajustados a las características, calidad y uso solicitadas y reconocidas.
- **Servicio de prótesis odontológicas:** este servicio es opcional al servicio de salud contratado. Una vez adherido al mismo, permanecerá vigente hasta su desafiliación, debiendo suscribirse todo el grupo familiar. Brinda mayor cobertura en prótesis odontológicas según el servicio de salud. El asociado podrá adherirse a dicho servicio al momento de suscribir la solicitud de ingreso o completando la solicitud de adhesión correspondiente, la cual establece las condiciones de acceso y cobertura específica, para acceder al mismo.
- **Servicio de cesantía, jubilación o fallecimiento:** el socio o en su caso su grupo familiar, podrán acceder al presente servicio previo requerimiento formal y expreso de activación, ante las siguientes eventualidades: quedar cesante de su empleo, jubilación o fallecimiento del titular, con el fin de mantener el servicio de salud en el que estaban inscriptos por el término de hasta un (1) año, abonando solo el costo de los servicios a los que estaba adherido. Para acceder a la cobertura del servicio no deberá registrar deuda alguna con la Mutual. De solicitar la baja del servicio, no se permitirá la reincorporación en el mismo. En caso de cesantía deberá presentar telegrama de despido emitido por el empleador y el término se computará a partir de la fecha de desvinculación. En caso de jubilación, a partir del momento en que opta por acogerse al sistema previsional. En caso de fallecimiento, se deberá presentar certificado de defunción. El presente servicio caduca: 1) al verificarse aportes del titular por ingreso laboral o monotributo, 2) al momento de efectivizarse la jubilación



o pensión y recepcionarse aportes, 3) en caso de que el/la cónyuge de quien posee el servicio de cesantía, trabaje en relación de dependencia, tenga obra social, debiendo pasar como integrante del grupo familiar de la misma, 4) en caso de deuda, durante el año de vigencia del servicio.

- **Servicio de interconsulta:** dicho servicio otorga la posibilidad de acceder a una consulta médica de segunda opinión de patologías y/o diagnósticos en Centros de Alta Complejidad. Para acceder a dicho servicio, se debe presentar documentación completa, historia clínica, informes médicos, tratamiento actual, medicamentos indicados, es decir, todos los estudios realizados con fines diagnósticos para la patología sobre la cual se desea consultar. Lo abona el titular y cubre al grupo familiar.
  
- **Servicio de sepelio:** otorga cobertura de sepelio como un servicio adicional al servicio de salud. El mismo se abona por asociados mayores de 10 (diez) años, con cobertura a todo el grupo familiar. El asociado titular no debe registrar deuda alguna con la Mutual para acceder de dicho servicio, siendo en tal caso condición necesaria regularizar la deuda u otorgar el consentimiento de que la misma se compense con dicho servicio. El servicio puede ser utilizado por prestadores con convenio con la Mutual o puede acceder bajo la modalidad de reintegro, abonando la Mutual a valores de convenios vigentes en la zona. El reintegro se efectúa a quien acredite haber efectuado el pago del servicio. El asociado que requiera la baja del servicio mencionado no podrá adherir al mismo con posterioridad, representando la pérdida total de la cobertura mencionada.
  
- **Aporte complementario para servicio de salud de jubilados:** se aplica al asociado titular y cónyuge a partir de los 45 años de edad en mujeres y de los 50 años en hombres. Es un aporte mensual y permanente, variable en rangos cada 5 años, no capitalizable ni reintegrable. El asociado no puede solicitar la baja del mismo ya que es de carácter obligatorio. Al momento de jubilarse dicho servicio se da de baja.

**COMPLETAR**

Quien suscribe ..... declaro que he tomado debido conocimiento de lo establecido en el presente documento y en consecuencia acepto las condiciones generales del presente documento, dando conformidad al servicio de salud contratado.

Autorizo a la Mutual a la recolección y tratamiento de los datos suministrados, como así también a la cesión de los mismos, en lo que respecta al cumplimiento de la relación contractual que los vincula y en los términos establecidos por la ley 25326 "Protección de los Datos Personales".

Queda expresamente establecida mi incorporación como asociado a la Mutual y de corresponder el grupo familiar a cargo, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

---

LUGAR Y FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI