

## **VALIDACIÓN DE CONTRATACIÓN MEMBRESÍAS MUTUUS®**

*“Consentimiento Informado del Miembro”*

Los términos utilizados en este documento y que inicien con letras mayúsculas, tendrán el sentido que se les hubiere otorgado en las “Condiciones de la Membresía” publicada en los Canales Digitales de MUTUUS.

**Declaraciones del Miembro:** Al contratar la Membresía, el Miembro declara:

1. Que adquiere la Membresía de manera libre, voluntaria y sin condicionamiento alguno;
2. Que la solicitud del Miembro para adherirse a la colectividad y la emisión del certificado individual que ampara los riesgos del Miembro están sujetos a revisión y aprobación por parte de la(s) Aseguradora(s) correspondiente(s); y, en consecuencia, que la contratación de la Membresía NO conlleva el inicio de la cobertura. La cobertura de los riesgos del Miembro entrará en vigencia a partir de la fecha de emisión y entrega al Miembro del certificado individual emitido por la Aseguradora.
3. Que ha recibido, leído detenidamente, comprende y acepta las “Condiciones de la Membresía” de MUTUUS, publicados en los Canales Digitales.
4. Que está de acuerdo en que MUTUUS recabe su solicitud de contratación de la Membresía a través de cualquier medio físico y/o electrónico dispuesto para esos fines, tales como: formularios impresos, llamadas telefónicas (incluidas sus grabaciones), mensajería instantánea (v.g. mensajes de texto a través de una operadora móvil; mensajes de texto y/o voz a través de aplicaciones de mensajería tales como WhatsApp y otras de similar naturaleza) formularios electrónicos, aplicaciones móviles y/o de escritorio; y, otros medios de similar naturaleza.
5. Que la información que ha entregado a MUTUUS al momento de solicitar la contratación de la Membresía a través de los medios indicados en el párrafo anterior es completa y fidedigna; y, que no ha omitido ningún hecho que pudiere insinuar en el análisis del riesgo por parte de MUTUUS y/o de las Aseguradoras contratadas por MUTUUS.
6. Que otorga su consentimiento expreso para que MUTUUS y/o cualquiera de sus Proveedores contraten en su nombre una póliza de seguros que incluya una cobertura por muerte accidental con una o varias Aseguradoras.
7. Que designa como su domicilio para la recepción de cualquier notificación relacionada con la Membresía y/o los servicios incluidos en ésta, aquél indicado en su solicitud de la Membresía y/o el correo electrónico **[INSERTAR]**.
8. Que la Membresía que por este medio adquiere incluye un seguro de gastos médicos mayores con una suma asegurada por \$**[INSERTAR MONTO EN NÚMEROS]** MN (**[INSERTAR MONTO EN LETRAS]** 00/100 Moneda Nacional), sujeta a las Condiciones Generales de la Pólizas de seguros emitidas por la(s) Aseguradora(s) contratadas por MUTUUS.
9. Que la contratación de la Membresía no está sujeta a la contratación de ningún otro instrumento financiero que no sea la propia Membresía contratada.
10. Que la Membresía será renovada anualmente de manera automática con previo aviso vía correo electrónico, siempre y cuando el Miembro se encuentre al corriente en sus pagos.

11. Que, en caso de que exista alguna diferencia entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y la *“Fecha de Ingreso a la colectividad asegurada”*, indicadas en el certificado individual de póliza del Miembro (típicamente identificado como *“Certificado de Seguro de G.M.M. GRUPO PROPIA MEDICALIFE”*), conoce y acepta que cualquier padecimiento ocurrido dentro de las referidas fechas, incluidas sus causas primarias y complicaciones, serán excluidas de las coberturas de la Membresía y de las Pólizas Colectivas.
12. Que está de acuerdo en que cualquier enfermedad que hoy tenga o haya tenido no estará cubierta (preexistencias); que tampoco lo estarán ciertas enfermedades y/o padecimientos (exclusiones); y, que algunos padecimientos requieren el transcurso de cierto tiempo para poder ser cubiertos (períodos de espera), todos los cuales se encuentran detallados en las Condiciones Generales de las Pólizas de seguros emitidas por la(s) Aseguradora(s) contratadas por MUTUUS.
13. Que ha recibido, leído detenidamente, comprende y acepta (i) las Condiciones Generales de las Pólizas de seguros emitidas por la(s) Aseguradora(s) contratadas por MUTUUS, las cuales se encuentran publicadas en el sitio web [www.ps-mutuus.com](http://www.ps-mutuus.com), le fueron entregadas en un correo electrónico de bienvenida al momento de contratar la Membresía y se encuentran disponibles permanentemente en los Canales Digitales de MUTUUS; y, (ii) el manual de MUTUUS.
14. Que está de acuerdo en que siempre deberá notificar a MUTUUS antes de usar su Membresía y/o las Pólizas Colectivas emitidas por la(s) Aseguradora(s) contratadas por MUTUUS a través de la App o llamando al 55-8525-8800 opción 0, para así gozar de los beneficios de su Membresía, tales como NO pagar deducible o coaseguro de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Membresía.
15. Que está de acuerdo en que al NO notificar a MUTUUS por cualquiera de los medios disponibles (App, número telefónico arriba mencionado o cualquier otro que se pueda establecer oficialmente por MUTUUS) antes de usar la Membresía para cubrir servicios hospitalarios y honorarios médicos hospitalarios se aplicará (i) un deducible de \$40,000.00 MN (cuarenta mil pesos 00/100 Moneda Nacional); y, (ii) un coaseguro equivalente al cincuenta por ciento (50%) del costo total del siniestro, sin límite alguno; salvo que se trate de un siniestro en el que peligre la vida del Miembro, en cuyo caso podrá aplicarse el Pago Directo o el Reembolso de Gastos, según proceda de conformidad con las Condiciones de la Membresía.
16. Que conoce y acepta que en el caso de un evento medico cuyo pago se autorice de manera extraordinaria a través del Reembolso de Gastos, es requisito obligatorio incluir en la documentación presentada la Cédula de Identificación Fiscal y la cuenta bancaria del Miembro titular de la Membresía; y, que en caso de no presentar la documentación anteriormente mencionada, MUTUUS y/o la(s) Aseguradora(s) no podrá(n) realizar el reembolso correspondiente, sin que se genere responsabilidad alguna en su contra.
17. Que conoce y acepta que gozará de plena libertad para elegir a los médicos y hospitales que estime convenientes, ya sea que sean considerados o no como Proveedores y/o Proveedores de Salud Mutuus en términos de lo establecido en las Condiciones de la Membresía; y, por lo tanto, la responsabilidad en la elección de tales médicos y hospitales recae exclusivamente sobre el Miembro.
18. Que conoce y acepta que MUTUUS, con la finalidad de que el Miembro pueda acceder a los bienes y/o servicios incluidos en su Membresía sin incurrir en gastos distintos del costo de ésta, podrá recomendarle uno o varios Proveedores y/o Proveedores de Salud Mutuus en particular; sin embargo, el Miembro conoce y acepta que la decisión de aceptar o no tales recomendaciones recae exclusivamente sobre su persona, pues goza de absoluta libertad para seleccionar

los médicos y hospitales que le proporcionarán los bienes y/o servicios de que se trate.

19. Que, en virtud de que las recomendaciones de MUTUUS no tienen carácter mandatorio, el Miembro (o sus representantes legales) será(n) el(los) único(s) responsable(s) de seleccionar a los médicos y hospitales que le proporcionarán los bienes y/o servicios de que se trate, eximiendo a MUTUUS de cualquier responsabilidad que pudiera derivar de la deficiencia en los bienes y/o servicios provistos por tales personas e instituciones, incluso cuando el Miembro hubiere decidido acogerse a las recomendaciones de MUTUUS pues, en tales casos, se considerará que, luego de analizar detenidamente sus opciones, el Miembro ha decidido a su exclusivo arbitrio utilizar tales proveedores.
20. Que conoce y acepta que MUTUUS podrá sustituir a los Proveedores y/o a los Proveedores de Salud Mutuus sin previo aviso, por lo que es indispensable que el Miembro notifique a MUTUUS antes de utilizar su Membresía. Asimismo, el Miembro reconoce expresamente que los Proveedores y los Proveedores de Salud Mutuus son ajenos e independientes a MUTUUS, por lo que deslinda a MUTUUS de las decisiones tomadas por los médicos consultados.
21. Que acepta que los médicos asignados en los hospitales para su tratamiento son independientes a MUTUUS y que no existe ni existirá responsabilidad alguna por parte de MUTUUS con respecto al proceder de dichos médicos y/o hospitales.
22. Que reconoce que tiene el derecho de elegir a los médicos tratantes de su conveniencia y que, en tales casos, existe la posibilidad de que deba cubrir cualquier excedente en los honorarios que tales profesionales cobren cuando se encuentren fuera del rango de precios acordado entre MUTUUS y/o la(s) Aseguradora(s) contratadas por MUTUUS, con sus Proveedores y/o Proveedores de Salud Mutuus, según corresponda; o, en su defecto, cuando se encuentren fuera de los importes máximos previstos en los tabuladores de MUTUUS y/o de la Aseguradora, los cuales son calculados considerando, entre otras cosas, gastos usuales y acostumbrados.
23. Que reconoce que las condiciones de admisión hospitalaria son ajenas a MUTUUS y los criterios de depósitos en garantía varían de acuerdo con las políticas internas de cada hospital, por lo que está de acuerdo en sujetarse a las condiciones que cada hospital exija al momento de su ingreso.
24. Que está de acuerdo en que no son parte de la cobertura: los gastos personales, así como los no relacionados al diagnóstico autorizado (gastos de acompañante, termómetro, pañales, pruebas COVID, entre otros).
25. Que ha recibido, leído y está de acuerdo con el Aviso de Privacidad de MUTUUS, el cual puede consultar en cualquier momento a través los Canales Digitales.

*He leído, comprendido y aceptado los términos indicados en este documento.*

---

El Miembro