

CONTRATACIÓN FAMILIAR para el plan PLAN UNICO

IMPORTANTE: Los datos deben registrarse sin omisiones. Usar únicamente letra de imprenta. Las omisiones, enmiendas, o tachaduras serán motivo de rechazo de esta Solicitud sin Excepción. En caso de optar por Débito Automático como forma de pago, adjuntar la correspondiente autorización.

Señores
Santa Clara S.A. Medicina Prepaga

Por la presente, yo SOTELO MACHUCA, SILVIO ANDRES con CEDULA DE IDENTIDAD PARAGUAYA numero 4895448 cuya fecha de vencimiento es 12/07/2033, en adelante EL CONTRATANTE, solicito lo seleccionado en el encabezado precedente, respecto a las personas que detallo a continuación, en adelante los beneficiarios.

Dirección del Responsable

Particular

Dirección: INTERNACIONAL 1 y BILBAO
Referencia (Cómo 5 CUADRAS DEL CLUB INTERNACIONAL
Descripción: CASA DE 2 PISOS CON ACABADO DE LADRILLO QUEMADO ARRIBA

Edificio: INDEPENDIENTE
Departam CENTRAL
Celular: 0994116214

Nro
Ciudad: LUQUE
Línea 0994116214

Nro.
Barrio: MARAMBURE
E-Mail: SILVIO.SOTELO@HOTMAIL.CO
M

Laboral

Dirección: INTERNACIONAL 1 y BILBAO
Referencia (Cómo 5 CUADRAS DEL CLUB INTERNACIONAL
Descripción: CASA DE 2 PISOS CON ACABADO DE LADRILLO QUEMADO ARRIBA

Edificio: INDEPENDIENTE
Departam CENTRAL
Celular: 0994116214

Nro
Ciudad: LUQUE
Línea 0994116214

Nro.
Barrio: MARAMBURE
E-Mail: SILVIO.SOTELA@HOTMAIL.CO
M

BENEFICIARIOS							
Nº	Nombre y Apellido	Fecha de	Edad	Nro. Documento	Sexo	Parentesco	Email
1	SILVIO ANDRES SOTELO MACHUCA	13/11/1997	26	4895448	MASCULINO	TITULAR	SILVIO.SOTELO@HOTMAIL.COM
	INTERNACIONAL 1 y BILBAO - 5 CUADRAS DEL CLUB INTERNACIONAL - CASA DE 2 PISOS CON ACABADO DE LADRILLO QUEMADO ARRIBA	Dpto:CENTRAL		LUQUE	Barrio:MARAMBURE		0994116214

Precios y Forma de Pago

VIGENCIA1/9/2024

En contratante entiende que la antigüedad comienza desde la fecha de vigencia del contrato y acepta que la cobertura empezará a regir inmediatamente después del pago de la cuota la cual puede ser en la misma fecha de la vigencia del contrato o posterior a esta.

Cuota básica:	245.000
Gastos Administrativos - Carnet Digital 2023:	25.000
Total IVA Incluido:	270.000

Pago en EFECTIVO por periodo MENSUAL
Asesor JUAN RAMON MENDOZA BENITEZ(Codigo 1211)

Observación:

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

La presente declaración de salud es parte integrante del contrato. Marque con una X las enfermedades que padece/en o ha/n padecido. Con carácter de declaración jurada, declaro que los datos consignados mas abajo, son reales y que cualquier simulación o falseamiento me hará pasible de perder todo derecho a los beneficios contemplados en el contrato. Manifiesto no realizar reclamo de ningún tipo sobre el particular.

Beneficiario : SILVIO ANDRES SOTELO MACHUCA

Enfermedade	Cardiovasculares	
	Hipertensión o Presión alta	<input type="checkbox"/>
	Infarto	<input type="checkbox"/>
	Angina/Sx. Coronario/Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>
	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>
	Arritmias	<input type="checkbox"/>
	Taquicardia	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Respiratorias	
	Asma	<input type="checkbox"/>
	Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>
	Enfisema	<input type="checkbox"/>
	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>
	Neumonía	<input type="checkbox"/>
	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
	Alergias	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Digestivas	
	Gastritis	<input type="checkbox"/>
	Úlceras	<input type="checkbox"/>
	Hemorragia digestiva	<input type="checkbox"/>
	Diverticulitis	<input type="checkbox"/>
	Cirrosis	<input type="checkbox"/>
	Hemorroides	<input type="checkbox"/>
	Piedra en la vesícula	<input type="checkbox"/>
	Pancreatitis	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Urinarias	
	Prolapso	<input type="checkbox"/>
	Cálculos urinarios	<input type="checkbox"/>
	Hipertrofia de Próstata	<input type="checkbox"/>
	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>
	Incontinencia	<input type="checkbox"/>
	Varicocele/dolor testicular	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Ginecológicas Obstétricas	
	Mioma	<input type="checkbox"/>
	Quiste de ovario	<input type="checkbox"/>
	Afecciones mamarias	<input type="checkbox"/>
	Endometriosis	<input type="checkbox"/>
	Prolapso genital	<input type="checkbox"/>
	Esterilidad	<input type="checkbox"/>
	Cesáreas	<input type="checkbox"/>
	Abortos espontáneos	<input type="checkbox"/>
	Está Ud. Embarazada? De cuántos meses?	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Transmisión Sexual	
	Sífilis	<input type="checkbox"/>
	VIH	<input type="checkbox"/>
	Herpes genita/HPV o verrugas genitales	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Endócrinas	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>
	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>
	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
	Bocio	<input type="checkbox"/>
Enfermedade	Reumáticas	
	Artrosis	<input type="checkbox"/>
	Artritis	<input type="checkbox"/>
	Lupus	<input type="checkbox"/>
	Gota	<input type="checkbox"/>

Beneficiario : SILVIO ANDRES SOTELO MACHUCA

Enfermedade Reumáticas

Esclerodermia

☐

Enfermedade Dérmicas o Piel

Psoriasis

☐

Verrugas

☐

Úlceras crónicas/Escaras

☐

Quemaduras

☐

Melanomas

☐

Lunares/Nevus

☐

Enfermedade Oculares

Cataratas

☐

Glaucoma

☐

Estrabismo

☐

Desprendimiento de retina

☐

Miopía

☐

Enfermedade Otorrinolaringológicas

Sordera

☐

Hipoacusia o disminución de la audición

☐

Sinusitis crónica

☐

Otitis crónica

☐

Vértigo

☐

Problemas de amígdala/adenoides

☐

Enfermedade Neurológicas

Convulsiones/Epilepsia

☐

Acc. Cerebro vascular/Derrames

☐

Parkinson

☐

Mareos

☐

Jaquecas

☐

Enfermedade Músculo Esquelético

Hernias/Eventraciones

☐

Lesiones rodilla, menisco, ligamento

☐

Enfermedade Otros

Tumores benignos o malignos? Cuáles?

☐

Consume medicamentos?

☐

Fue sometido a cirugías anteriormente? A

☐

Recibió transfusiones? De qué?

☐

Es Ud. portador de prótesis? Aparato?

☐

CUALQUIER OTRA DOLENCIA NO

☐

Sobre la base de la Declaración Jurada de Salud, SANTA CLARA S.A. Medicina Prepaga, se reserva el derecho de aceptar o no la Solicitud de Ingreso del ANEXO I. Reconozco y acepto que SANTA CLARA S.A. Medicina Prepaga. no contrae obligación alguna con la presente solicitud y se reserva el derecho a aceptar o rechazar la misma sin obligación de fundamentar los motivos, como así también en caso de detectarse afecciones preexistentes, crónicas y/o congénitas, conocidas o no al momento del ingreso, declaradas o no precedentemente. SANTA CLARA S.A. Medicina Prepaga, se reserva el derecho de decidir, al momento del diagnóstico, si acepta otorgar cobertura de la misma, en forma total o parcial.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SANATORIALES DE MEDICINA PRE-PAGA

En la Ciudad de Asunción, capital de la República del Paraguay a los 01 día(s) del mes de Septiembre del año 2024 entre **SANTA CLARA S.A MEDICINA PRE-PAGA**, con RUC N° 80002917-8, representada por los firmantes al pie del contrato, con domicilio en la calle O'Higgins N° 631 c/ Sucre de la ciudad de Asunción, en adelante denominada **LA EMPRESA** por una parte, y por la otra, el/la Sr/a **SOTELO MACHUCA, SILVIO ANDRES**, con CEDULA DE IDENTIDAD PARAGUAYA N° 4895448 con domicilio en las calles INTERNACIONAL 1 y BILBAO de la ciudad de LUQUE y domicilio electrónico **silvio.sotelo@hotmail.com**. en adelante **EL CONTRATANTE**, y ambos contratantes denominados conjuntamente en adelante como "Partes", convienen en suscribir el presente contrato de prestación de Servicios Médicos Sanatoriales de Medicina Pre Paga, bajo las cláusulas y condiciones siguientes.

1.-OBJETO

1.1. Este documento tiene por objeto establecer los términos y condiciones generales que regirán las prestaciones de servicios de Medicina Pre Paga por parte de la empresa **SANTA CLARA S.A. MEDICINA PREPAGA** al **CONTRATANTE** individualizado más adelante, para los diferentes planes de salud ofrecidos por **SANTA CLARA S.A. MEDICINA PREPAGA**.

2. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

2.1 CONTRATANTE: es el responsable de pago que puede o no ser beneficiario, quien podrá o no incluir a sus beneficiarios.

2.2 BENEFICIARIO TITULAR: será quien ingrese como número 1 del grupo de beneficiarios adherentes según el Formulario de Solicitud.

2.3 BENEFICIARIO ADHERENTE: son todos los beneficiarios citados en el Formulario de Solicitud, a excepción del beneficiario titular.

2.4 BENEFICIARIO: se denomina de manera general al beneficiario titular y sus beneficiarios adherentes, los cuales se encuentran citados e individualizados en el Formulario de Solicitud.

2.5 CARENCIAS: plazo que debe transcurrir para que el beneficiario pueda gozar de una cobertura determinada, según el plan de salud ofrecido por la EMPRESA y electo por EL CONTRATANTE. La carencia se computa a partir de la fecha de firma del presente contrato o de la incorporación del beneficiario al plan de salud, según sea el caso.

2.6 ANTIGÜEDAD: es el tiempo transcurrido a partir de la fecha de suscripción del presente contrato o desde la incorporación del beneficiario adherente al plan de salud (ambos casos previo pago de la primera factura) según Formulario de Solicitud, según sea el caso, hasta la vigencia del contrato.

2.7 ENFERMEDADES y/o ESTADOS y/o CONDICIONES CRÓNICAS: afecciones o patologías de larga duración, por lo general, de progresión lenta, no transmisible y que no se resuelven espontáneamente.

2.8 ENFERMEDADES y/o ESTADOS y/o CONDICIONES PREEXISTENTES: afecciones o patologías existentes con anterioridad a la suscripción del presente contrato. Toda patología crónica detectada durante el primer año de contrato será considerada pre-existente a menos que el Beneficiario aporte estudios fidedignos realizados inmediatamente antes de la firma de este contrato que demuestren lo contrario.

2.9 ENFERMEDADES y/o ESTADOS y/o CONDICIONES CONGÉNITAS: Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten. Malformación de alguna víscera interna o que se aprecia en el exterior (cabeza, cuello, columna, tronco, genitales o extremidades)

3.-CONDICIONES

3.1. EL CONTRATANTE deberá llenar y firmar el Formulario de Solicitud proveída por LA EMPRESA, completando claramente todos los datos solicitados en la misma. El CONTRATANTE declara que la información que brindará en el Formulario de Solicitud es precisa, veraz, correcta y actual comprometiéndose a informar en forma inmediata y fehaciente respecto de cualquier cambio.

3.2 El Formulario de Solicitud será acompañado de una Declaración Jurada de Salud en lo referente al estado de salud en que se encuentren el beneficiario titular y los demás beneficiarios adherentes si hubieren, indicando bajo fe de juramento, las enfermedades actuales y/o crónicas que los mismos poseen, estado de gravidez y cualquier otro estado de salud, entregando a LA EMPRESA los estudios de diagnósticos que sean requeridos por ésta para delimitar el alcance de la cobertura del plan a ser contratado. Esta Declaración Jurada de Salud deberá ser suscrita por EL CONTRATANTE.

3.3 EL CONTRATANTE conoce, entiende y acepta todas las condiciones, derechos y obligaciones establecidos en el presente contrato y los anexos integrantes del mismo.

3.4. LA EMPRESA se reserva el derecho de admisión sobre el Formulario de Solicitud suscrita por EL CONTRATANTE y entregada a LA EMPRESA. La recepción del Formulario de Solicitud de Ingreso y la Declaración Jurada de Salud no implica la admisión automática al plan ni a los servicios de medicina prepaga. LA EMPRESA dispondrá de un plazo de cuarenta y ocho (48) horas a ser contado a partir de la recepción por escrito del Formulario de Solicitud y Declaración Jurada de Salud debidamente completadas y suscritas por EL CONTRATANTE, para adoptar LA EMPRESA su decisión acerca de la solicitud de ingreso. Transcurrido dicho tiempo, y si no existiere comunicación escrita en sentido contrario al respecto expedida por LA EMPRESA, la solicitud se considerará aceptada por LA EMPRESA.

3.5 Cuando el médico lo indique, EL CONTRATANTE acepta, de manera voluntaria, a realizarse el test de alcoholemia y/o toxicológico, a los efectos de determinar la cobertura del presente Contrato.

4.- FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

4.1 Formulario de Solicitud, Declaración Jurada de Salud y su Adenda si correspondiere, todos debidamente suscritos por EL CONTRATANTE.

4.2 El Carnet de identificación de cada beneficiario estará disponible al descargar la APP de Santa Clara Medicina Prepaga y también podrá ser emitido en formato físico por LA EMPRESA a solicitud y cargo del beneficiario.

4.3 La Guía de Prestadores de Servicios en convenio con LA EMPRESA emitida por ésta, que pueden ser brindados por diversos medios (APP, sitio web, etc.).

4.4 Los anexos de Cobertura del Plan electo por EL CONTRATANTE, que pueden ser brindados por diversos medios (APP, sitio web, etc.).

4.5 Las facturas o documentos de pagos relacionados a este Contrato emitidos por LA EMPRESA, y disponibilizados por medios digitales.

4.6 Formularios, glosarios y comunicaciones adicionales realizadas por LA EMPRESA a EL CONTRATANTE y/o beneficiarios.

4.7 Los demás documentos que se establezcan entre las Partes.

5. COBERTURADEL PLAN ELEGIDO POR EL CONTRATANTE. ALCANCE

5.1 EL CONTRATANTE opta por contratar el Plan PLAN UNICO, cuyo detalle de cobertura, carencias y demás particularidades constan en los anexos que forman parte de este contrato y que pueden ser brindados por diversos medios (APP, sitio web, etc.)

5.2 Los términos acordados por EL CONTRATANTE tanto en el presente contrato como en sus anexos y adendas si las hubiere, se extienden y son vinculantes para los beneficiarios. EL CONTRATANTE será el único responsable de comunicar a los beneficiarios los términos y condiciones de la prestación de cobertura de medicina prepaga establecidos en este contrato, eximiendo de cualquier responsabilidad en tal sentido a LA EMPRESA.

5.3 En caso de que EL CONTRATANTE solicite un cambio de plan, deberá suscribir un nuevo contrato, sus beneficiarios conservaran la antigüedad adquirida en el contrato anterior, en relación a los servicios por este cubierto. Los servicios contemplados en el nuevo plan de salud que no hubieran sido cubiertos por el anterior, están sujetos a la carencia señalada por el mismo.

5.4 Los nacidos durante el plazo de prestación del servicio, deberán ser incorporados dentro de los 07 días calendario posteriores al nacimiento, transcurrido dicho plazo perderá la vigencia inmediata.

6.-DE LAS OBLIGACIONES DE EL CONTRATANTE

Sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en el presente contrato y sus anexos, EL CONTRATANTE tendrá las siguientes obligaciones:

6.1 EL CONTRATANTE abonará mensualmente dentro del plazo establecido en el presente contrato y durante la vigencia de este, el monto de la cuota estipulada en el Formulario de Solicitud, en el apartado de Precios y Forma de Pago, debidamente suscrito por EL CONTRATANTE. En caso de existir algún atraso en el pago de alguna de las cuotas mensuales establecidas en el presente contrato, por este instrumento, EL CONTRATANTE autoriza suficientemente en forma expresa e irrevocable a la EMPRESA y conforme a la legislación correspondiente, para que por propia cuenta o a través de empresas especializadas en el ramo, LA EMPRESA pueda recabar información relacionada con la situación patrimonial, solvencia económica o el cumplimiento de obligaciones del CONTRATANTE. Igualmente EL CONTRATANTE autoriza a que en caso de verificarse algún atraso en el pago de alguna de las cuotas y/o de cualquier otra deuda pendiente que mantenga con la EMPRESA o de cualquiera de las obligaciones pactadas en este contrato, la inclusión y publicación de su nombre personal o razón social que representa en el registro general de morosos de Informconf y/o cualquier otra empresa que posea este tipo de registros y que se dedique a proveer información de esta naturaleza a personas o empresas en general conforme a la Ley N° 6534/2020 de ¿Protección de Datos Personales Crediticios¿ Asimismo, el CONTRATANTE autoriza a la EMPRESA a obtener y utilizar sus 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 N° 6534/2020. El consentimiento otorgado incluye la cesión de estos datos a Sociedades de Información Crediticia u otras empresas especializadas tanto dentro o fuera del país, así como a terceros interesados en adquisición de créditos u obligaciones relacionadas a este Contrato, así como otros fines permitidos por la Ley.

6.2 EL CONTRATANTE deberá comunicar en forma inmediata cualquier cambio de sus datos y/o el de los beneficiarios adherentes consignados en el Formulario de Solicitud (domicilio, número de teléfono, etc.).

6.3 Los beneficiarios se comprometen a utilizar en forma racional los servicios médicos e informar a LA EMPRESA cualquier irregularidad que afecte dicho servicio.

6.4 EL CONTRATANTE deberá resarcir a LA EMPRESA por cualquier daño o perjuicio resultante de la ocultación de datos en la Declaración Jurada de Salud y/o Formulario de Solicitud por cualquiera de los beneficiarios del presente contrato.

6.5 EL CONTRATANTE es responsable por sí mismo y por todos los beneficiarios que figuren en el Formulario de Solicitud para el cumplimiento de todas las obligaciones establecidas.

7. DE LAS OBLIGACIONES DE LA EMPRESA

7.1 LA EMPRESA se compromete a otorgar la cobertura del plan electo por EL CONTRATANTE detallada en los documentos anexos del presente contrato a los beneficiarios que se encuentren al día con las obligaciones asumidas con LA EMPRESA.

7.2 LA EMPRESA se compromete a mantener una Guía de Prestadores de Servicios, la cual el beneficiario puede acceder a través de los medios tecnológicos de LA EMPRESA tales como aplicaciones de dispositivo móvil (APP), sitios web u otros medios de difusión accesibles sin costo alguno para EL CONTRATANTE.

7.3 LA EMPRESA se compromete a guardar absoluta confidencialidad respecto a todos los datos proveídos por EL CONTRATANTE en el Formulario de Solicitud y en la Declaración Jurada de Salud, salvo requerimiento de autoridad competente. Durante toda la vigencia del presente contrato, e inclusive con posterioridad a su terminación, EL CONTRATANTE se compromete a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto al objeto de este contrato, así como de toda información o documentación de LA EMPRESA que llegue a su conocimiento o a su poder con motivo del presente contrato, salvo a las declaraciones ante las autoridades competentes, haciendo extensiva esta obligación de confidencialidad a todos los beneficiarios adherentes. EL CONTRATANTE asume la responsabilidad por los daños y perjuicios que su incumplimiento acarree.

7.4 LA EMPRESA se compromete a mantener un canal de comunicación permanente, que le permita al CONTRATANTE y a los beneficiarios aclarar cualquier duda respecto de este contrato

y de los beneficios que le corresponden por este contrato.

8. DE LOS DERECHOS DE LA EMPRESA

8.1 LA EMPRESA se reserva el derecho de solicitar informes médicos de los beneficiarios, a los prestadores en convenio, con la única finalidad de otorgar las coberturas correspondientes.

8.2 Ante la falta en el pago por parte del CONTRATANTE de alguna de las obligaciones establecidas en este contrato, LA EMPRESA podrá solicitar al mismo la firma de un documento de garantía por el pago de las cuotas atrasadas, el cual podrá ser ejecutado en caso que el beneficiario renuncie o abandone el compromiso suscripto dejando pendiente de pago las cuotas respectivas. El documento de garantía suscripto por EL CONTRATANTE será devuelto al mismo, una vez concluido totalmente el pago de estas cuotas y sus accesorios si los hubiere, a satisfacción de LA EMPRESA.

8.3 LA EMPRESA podrá suspender los servicios contratados en caso de atraso o incumplimiento en el pago de cualquiera de las cuotas por parte del CONTRATANTE, todo lo cual EL CONTRATANTE declara conocer y aceptar.

8.4 LA EMPRESA podrá solicitar el reembolso de todos los gastos por uso indebido del carnet de identificación durante la mora en el pago de las cuotas. Este hecho constituye una deuda exigible en forma inmediata a favor de LA EMPRESA.

8.5 Excluir o incluir prestadores de servicios que se encuentran establecidos en la Guía de Prestadores que integra el presente contrato y a la cual el beneficiario puede acceder a través de los medios tecnológicos de LA EMPRESA tales como aplicaciones de dispositivo móvil (APP), sitios web u otros medios de difusión accesibles.

8.6 Acuerdan las Partes que, en caso de mora, LA EMPRESA podrá reclamar judicialmente el saldo adeudado y sin interpelación previa, por medio de la vía ejecutiva constituyéndose el presente documento como título ejecutivo suficiente.

9. EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS

VER ANEXO

10.-VIGENCIA

10.1. El presente contrato tendrá una vigencia de 12 (doce) meses corridos a partir de la fecha de la firma de este. Una vez llegado el plazo y, si ninguna de las Partes manifiesta su intención de dar por terminado el contrato con una antelación mínima de 30 (treinta) días corridos a la fecha de su vencimiento, el presente contrato será renovado automáticamente por el mismo plazo.

11.- DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO POR CAUSA JUSTIFICADA. RESCISIÓN DE LA CONTRATANTE

11.1 LA EMPRESA podrá dar por rescindido el presente contrato unilateralmente por causa justificada y sin responsabilidad alguna, en cualquier momento, mediante una comunicación por escrito a EL CONTRATANTE, por los siguientes motivos:

11.1.1 Ocultación u omisión de datos sobre la salud de cualquiera de los beneficiarios del presente contrato.

11.1.2 Utilización dolosa, irracional e indebida tanto del carnet como de los servicios médicos contratados.

11.1.3 Cualquier daño ocasionado a LA EMPRESA, sus bienes, y/o a sus colaboradores y/o prestadores en convenio.

11.1.4 Incumplimiento de cualquiera de los términos del presente contrato y/o sus anexos.

11.1.5 La falta de pago de una o más cuotas, sin perjuicio de la suspensión de los servicios contratados mencionada anteriormente, a sola opción de LA EMPRESA.

11.2 La rescisión del presente contrato será efectiva a partir de la fecha de comunicación realizada en tal sentido por la EMPRESA, sin perjuicio de reclamar los daños y perjuicios que correspondan. Alternativamente, la EMPRESA podrá reclamar el cumplimiento del presente contrato más daños y perjuicios.

11.3. El CONTRATANTE podrá rescindir anticipadamente el presente Contrato sin necesidad de expresión de causa y con la sola comunicación que en tal sentido cursare a la EMPRESA con una anticipación de treinta (30) días corridos a la fecha que se hará efectiva la rescisión, sin generar responsabilidad alguna ni obligación de indemnización alguna. En este supuesto, las Partes deberán efectuar una liquidación final de cuentas hasta la fecha de efectiva rescisión. El pago resultante de la liquidación final será realizado dentro de los cinco (5) días corridos posteriores a la efectiva terminación del presente Contrato, si lo hubiere.

12.- DE LOS PRECIOS Y LAS CUOTAS

12.1 El precio y las cuotas correspondientes a los servicios contratados serán fijadas según el Plan de salud elegido por EL CONTRATANTE y la composición de beneficiarios que se encuentran establecidas en el Formulario de Solicitud.

12.2 EL CONTRATANTE podrá optar por abonar sus cuotas en LA EMPRESA, o bien, abonar las mismas por medios electrónicos y/o a través de Bocas de Cobranzas de Empresas de Cobranzas cuya lista se encuentra disponible en la página web de LA EMPRESA. Queda aclarado entre las Partes que, el costo de los Servicios de Cobranzas será el importe o porcentaje establecido y percibido exclusivamente por dicha Empresa de Cobranza, el cual será adicionado por esta empresa de cobranza a la cuota correspondiente al momento de su pago, eximiendo de toda responsabilidad a la EMPRESA al respecto.

12.3 Las cuotas deberán ser abonadas por mes adelantado dentro de los primeros 10 (diez) días corridos de cada mes. Se considera exigible desde el día uno hasta el día diez del mes en curso, y desde el día siguiente vencida y en mora.

12.4 La falta de pago de una cuota u otras obligaciones contraídas por EL CONTRATANTE, dará derecho a la EMPRESA a su sola opción, a dar por terminado el presente contrato por culpa de EL CONTRATANTE o bien, a suspender la vigencia del contrato, desde el primer día de mora, relevándole a la EMPRESA, de la obligación de prestar servicios médicos sanatoriales durante el plazo de suspensión conforme a lo establecido en la cláusula 8.3 del presente contrato. La suspensión quedará

sin efecto, si el atraso en el pago no supera los ciento veinte (120) días corridos, una vez que EL CONTRATANTE haya pagado la o las cuotas atrasadas, con su correspondiente recargo por mora. En este sentido queda convenido que, durante la mora, la empresa tendrá derecho a suspender la prestación de cobertura de servicios, percibir un interés moratorio que irá del 0% al 2% mensual calculado sobre el monto adeudado. El porcentaje será establecido en cada caso particular a criterio de la EMPRESA, pero no mayor al porcentaje establecido y será calculada sobre el monto adeudado.

12.5 LA EMPRESA queda liberada de toda obligación o responsabilidad asumida en este contrato durante el tiempo de mora de EL CONTRATANTE, aun cuando las cuotas sean abonadas posteriormente, por lo tanto, todo gasto relacionado a un evento originado en un periodo de mora quedará a cargo del paciente o responsable del mismo, que no será reembolsado por la EMPRESA.

12.6 La exclusión de algún beneficiario adherente deberá ser comunicada por EL CONTRATANTE por escrito a LA EMPRESA dentro de los 20 (veinte) primeros días de un nuevo mes de servicio, en caso de no comunicarse dentro del plazo la exclusión deberá abonarse la totalidad de la cuota de dicho mes.

12.7 Las cuotas podrán ser ajustadas anualmente en función al índice de utilización de los servicios, a los aumentos en el área de la salud, y la tasa inflacionaria decretada por el Banco Central del Paraguay, para estos casos la suba será proporcionalmente equivalente al porcentaje de variación. El CONTRATANTE reconoce y acepta que los precios podrán ser ajustados, por lo tanto, la EMPRESA podrá modificar los precios indicados en el Formulario de Solicitud, debiendo comunicar esto a EL CONTRATANTE con 30 (treinta) días corridos de anticipación. La modificación será instrumentada en la primera factura mensual emitida por la EMPRESA a nombre de EL CONTRATANTE, con posterioridad a la modificación efectuada. Se entenderá por aceptada la variación, si EL CONTRATANTE no comunica su decisión de rescindir el presente contrato por escrito con 30 (treinta) días corridos de antelación. De darse este supuesto la rescisión será sin responsabilidad alguna para EL CONTRATANTE.

12.8 La suspensión y/o la no utilización de los servicios no libera a EL CONTRATANTE del pago de las obligaciones contraídas, así como de gastos judiciales y/o extrajudiciales que demandare el cobro.

12.9 En caso de que el beneficiario, cuyo contrato hubiera sido rescindido por mora u otra causa imputable al mismo y deseara suscribir con LA EMPRESA un nuevo contrato de prestación de servicios médicos sanatoriales de medicina prepaga, deberá previamente abonar si hubiere, facturas pendientes de pago y cumplir las carencias establecidas con el plan, la antigüedad comenzará desde el día en que haya suscripto en nuevo contrato.

13.- LIMITACIONES DE LA RESPONSABILIDAD

13.1. LA EMPRESA se compromete a poner a disposición de sus beneficiarios la cobertura del plan electo por EL CONTRATANTE, según contrato suscrito con EL CONTRATANTE, facilitando los prestadores médicos, instituciones sanatoriales, laboratoriales, centros de diagnósticos, farmacias, según cada plan de salud, en su carácter de facilitadora o intermediaria. Sin embargo, LA EMPRESA no asume responsabilidad alguna por la prestación de los servicios y recomendaciones realizados por estos. En consecuencia en ningún caso LA EMPRESA será responsable por los hechos ocurridos en la utilización de los servicios facilitados a través del presente contrato, ni en los generados como consecuencia de ellos, ni asume responsabilidad u obligación alguna por los hechos correspondientes en la relación médico ¿ paciente, ni en los casos de error, culpa, impericia o negligencia en la prestación de los servicios por los profesionales de la salud o de las instituciones y centros adheridos, quienes serán los únicos responsables de sus actos y/u omisiones, limitándose la responsabilidad de LA EMPRESA a poner dichos servicios a disposición del beneficiario, todo lo cual EL CONTRATANTE declara conocer y aceptar.

Las relaciones médico - paciente o paciente - institución se desarrollan con total independencia profesional, técnica, científica, administrativa y laboral. Por consiguiente, en ningún caso LA EMPRESA estará obligada a reconocer pago alguno a título de indemnización por los daños que estos causen.

Por esta razón, el beneficiario declara y acepta expresamente que, si eventualmente llegare a presentarse reclamación alguna de carácter judicial o extrajudicial por efectos de los actos médicos o de los servicios prestados, la hará¿ valer en contra de los médicos o entidades hospitalarias que en forma directa realizaron los actos, o en cuyas dependencias se produjeron los hechos, y renuncia irrevocablemente en este acto a invocar cualquier tipo de responsabilidad solidaria por parte de LA EMPRESA.

13.2. EL BENEFICIARIO desliga a LA EMPRESA de reconocer pago a título de indemnización por los daños y/o perjuicios que éstos causen.

14.-SUBROGACION

14.1 LA EMPRESA quedará automáticamente subrogada sobre todo derecho que le correspondiere a EL CONTRATANTE contra terceros responsables de daños y/o perjuicios causados a cualquiera de los beneficiarios del presente contrato y por cuyo evento LA EMPRESA hubiese otorgado cobertura médica asistencial. La cesión de derechos o subrogación quedará para cubrir los gastos en que incurriere LA EMPRESA.

14.2 La utilización de los servicios acordados en el presente convenio tanto de EL CONTRATANTE y/o cualquiera de sus beneficiarios es personal e intransferible, no pudiendo ceder sus derechos a terceros, ni acumularlos de un año a otro de vigencia del convenio. El CONTRATANTE no podrá ceder, total o parcialmente, los derechos y obligaciones que surgen del presente contrato, sin la previa conformidad por escrito de la EMPRESA.

15.-FALLECIMIENTO DE EL CONTRATANTE Y/O BENEFICIARIOS

15.1. En caso de fallecimiento de EL CONTRATANTE, cualquiera de los beneficiarios debe comunicarse con LA EMPRESA y designar un nuevo responsable de pago dentro del plazo de veinte (20) días corridos de ocurrido el hecho para no perder sus beneficios y antigüedad, caso contrario el presente contrato quedará extinguido una vez comunicado el fallecimiento a la EMPRESA.

15.2 En caso de fallecimiento de cualquiera de los beneficiarios, EL CONTRATANTE deberá comunicar por medio fehaciente a LA EMPRESA, las obligaciones derivadas del presente contrato permanecerán invariables hasta el mes en que se realice la comunicación de fallecimiento.

15.3 Para la asignación de un nuevo responsable de pagos, se debe estar al día en las cuotas.

15.4 La obligación de pago de la cuota por la prestación del servicio persistirá hasta tanto sea

comunicado el fallecimiento del beneficiario, como también, si el beneficiario registra utilización del servicio dentro del mes de su fallecimiento.

16.-NULIDAD

16.1. Queda claro y determinado que la nulidad eventual de cualquiera de las cláusulas o condiciones previstas en este contrato no afecta ni afectará a las demás, las cuales quedarán plenamente vigentes en todos sus términos. -

17.- CASOS FORTUITOS Y DE FUERZA MAYOR

17.1. Para los propósitos de este contrato se entenderá por "caso fortuito" y/o "fuerza mayor" todas las eventualidades fuera del control de LA EMPRESA que no puedan ser previstas, o si son previsibles, son ineludibles, y que ocurran de manera debidamente comprobadas después de la fecha de firma de este contrato y que impida u obstruya la ejecución de todas las obligaciones o cualquiera de ellas contenidas en el mismo y sin ser limitadas a ella. De forma enunciativa, pero no limitativa, se consideran como circunstancias de caso fortuito o fuerza mayor: guerras, hostilidades, tumultos, guerra civil, insurrección o alboroto civil; agravio malicioso, bloqueo, huelgas y cierre forzoso y disputas industriales que puedan afectar la ejecución, terremotos, inundaciones, incendios y otros desastres físicos de la naturaleza; plaga, pandemias, epidemias, tempestades hídricas; siniestros. Actos de gobiernos, legítimos o no. No se considera "caso fortuito" y/o "fuerza mayor" la devaluación o fluctuaciones monetarias ni las variaciones de precio en el mercado, son riesgos que caen dentro del área normal de los contratos. Si el "caso fortuito" y/o "fuerza mayor" impidiere u obstruyera a cualquiera de las Partes cumplir con sus obligaciones bajo este contrato, entonces la Parte así afectada será eximida de tal ejecución por el plazo que es demorada, pero no más.

17.2. Ambas Partes harán todos los esfuerzos razonables para aminorar los efectos de fuerza mayor sobre este contrato. La Parte que invoque la existencia de "caso fortuito" y/o "fuerza mayor" deberá, dentro de los tres (3) días corridos a su inicio, notificar a la otra Parte por escrito haciéndole conocer el tiempo probable de su duración o imposibilidad de continuar la ejecución del presente contrato.

17.3. Queda expresamente establecido entre las Partes que ante "caso fortuito" y/o "fuerza mayor" debidamente evidenciados, cuando no hagan imposible el cumplimiento del contrato, sólo incidirán en los plazos, pero que en ningún caso darán derecho a ninguna de las Partes ni a terceros para obtener ningún tipo de compensaciones.

17.4. Asimismo, ninguna de las Partes del presente contrato, será responsable del daño o perjuicio que sea causado directa o indirectamente por el "caso fortuito" y/o de "fuerza mayor" que afecten directa o indirecta e irreversiblemente el cumplimiento por cualquiera de las Partes de las obligaciones establecidas en el presente contrato.

18.- DE LA JURISDICCIÓN Y EL DOMICILIO

18.1. En caso de divergencia en la interpretación y/o aplicación del presente convenio, las Partes se someten a la jurisdicción de los tribunales ordinarios de la ciudad de Asunción, República del Paraguay, fijando domicilio especial las Partes a los efectos del presente convenio en los domicilios denunciados en el encabezado del presente contrato, donde serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones, los cuales permanecerán vigentes mientras el cambio de domicilio no sea notificado por escrito a la otra parte. Las notificaciones judiciales o extrajudiciales que allí se realicen serán válidas surtirán los mismos efectos que si hubieran sido recibidas personalmente.

Plenamente conformes en el compromiso de cumplir fielmente cuanto antecede y todo lo relacionado a este convenio, suscriben ambas Partes en 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto.