

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  
FUNCIONARIO TITULAR DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA (C.S.J.)**

<b>FUNCIONARIO DE LA C.S.J.:</b>	
Nombre y Apellido:	
Fecha de Nac.:	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.): .....

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.....**

# CONTRATO DE COBERTURA MÉDICA



Entre la firma ASISMED S.A. con domicilio en Diego de Silva N° 1215 y Teniente Insaurralde de la ciudad de Asunción, representada por sus Apoderados debidamente individualizados al pie del presente documento en adelante "ASISMED Y/O LA EMPRESA" indistintamente, y el/la Sr/a.....  
.....  
con C.I. N° ....., RUC N° ..... con domicilio en .....  
.....ciudad.....  
en adelante EL CONTRATANTE, se conviene en celebrar el contrato de cobertura médica, que se regirá por las cláusulas y las condiciones siguientes:

## 1. OBJETO

- 1.1 Este contrato tiene por objeto regular las condiciones generales del plan Vip Corte Suprema de Justicia ofrecido por la Empresa a los Beneficiarios/Funcionarios Titulares de la Corte Suprema de Justicia (C.S.J.) sus Adherentes, 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 Funcionario Titular y sus Adherentes
  - 1.2.2. Las condiciones generales de prestación y beneficios vigentes del "PLAN VIP CORTE SUPREMA DE JUSTICIA".
  - 1.2.3. La Agenda de Profesionales e instituciones prestadoras disponibles para el Plan Vip Corte Suprema de Justicia.
  - 1.2.4. La Tarjeta/Credencial de Identificación emitida por la Empresa.
  - 1.2.5. Anexo con el detalle de las primas/aranceles de acuerdo al Beneficiario Titular (Funcionario de la C.S.J.).

## 2. PLAN DE COBERTURA ELEGIDO Y ALCANCE DEL MISMO.

- 2.1 El Contratante en su calidad de Funcionario Judicial Titular, contrata para sus adherentes debidamente individualizados en la solicitud de incorporación, el "**Plan Vip Corte Suprema de Justicia**" elaborado para los Magistrados y Funcionarios del Poder Judicial, cuyo alcance de cobertura está descrito en el Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la Corte Suprema de Justicia, condiciones generales que el Contratante declara aceptar y conocer, y hacer saber a todos los beneficiarios/adherentes de su grupo.
- 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 respecto del alcance de la cobertura y condiciones generales establecidos el Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.
- 2.3 No se aplicará ninguna norma interna para el Adherente, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad (que es exclusiva para la titular o cónyuge) y las limitaciones establecidas en la Vigencia de los servicios del Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente y de acuerdo al contrato celebrado entre ASISMED y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.
- 2.4 Los adherentes permanecerán en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del contrato. No obstante, el titular podrá realizar incorporaciones mientras

dure el contrato según los plazos establecidos y la exclusión de adherentes se podrá realizar como mínimo luego de transcurrido un año de la inscripción del adherente en cuestión.

### **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 mensuales con IVA incluido, pagaderos por mes adelantado, asumiendo El Contratante las obligaciones de pago por sus adherentes, según sea el caso.
- 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.
- 3.4 La falta de pago de una (1) cuota mensual en el plazo correspondiente, suspenderá la cobertura para la prestación de los servicios médicos, corriendo por cuenta de los beneficiarios el pago de los servicios que hicieren uso. La Empresa, en consecuencia, no reconocerá ni abonará suma alguna por las prestaciones médicas realizadas bajo estas circunstancias, quedando liberada de toda responsabilidad y obligación respecto de la cobertura durante el tiempo de la mora.
  - 3.4.1. La Reactivación del servicio como beneficiario/adherente, se efectuará únicamente con la cancelación de las cuotas pendientes con su correspondiente cargo por mora siempre que no haya acumulado más de dos (2) cuotas. En el caso que supere (2) dos cuotas sin pago deberá cancelar el saldo y para su reincorporación deberá llenar una declaración jurada de salud al momento de su reingreso. En caso de producirse esta eventualidad, la reactivación de la cobertura del beneficiario/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 registrarán con un costo preferencial establecido de acuerdo a los convenios que tiene La Empresa con sus prestadores en convenio.

### **4. PLAZO.**

- 4.1. El plazo del presente contrato se encuentra determinado por el Contrato celebrado entre ASISMED S.A. y la Corte Suprema de Justicia, del Pliego de Bases y Condiciones del proceso licitatorio correspondiente.
- 4.2. Este contrato individual podrá ser renovado en forma automática, en caso de que ante un nuevo Llamado licitatorio convocado por la Corte Suprema de Justicia, ASISMED resultara adjudicado en la/s próxima/s licitación de cobertura médica, para lo cual entrará a regir los plazos y condiciones de cobertura conforme a él/los Pliego/s de Bases y Condiciones del referido proceso licitatorio y el Contrato suscripto entre la Corte Suprema de Justicia y Asismed.
- 4.3. En caso de que en el siguiente Llamado Licitatorio convocado por la Corte Suprema de Justicia, Asismed no se presentare, o no resultare adjudicado de dicho proceso licitatorio, o no se contemple la opción de inclusión de adherentes de funcionarios titulares, este contrato concluirá de pleno derecho por el transcurso del tiempo y del plazo establecido en el proceso licitatorio fenecido.
- 4.4. Asimismo, queda establecido que los Adherentes del Funcionario Titular de este contrato, permanecerán en esta condición hasta el día en que el Funcionario Titular de la C.S.J., sea desvinculado de la Institución/Poder Judicial por cualquiera de los motivos previstos en la Ley, conforme comunicación cursada a la Empresa por la Corte Suprema de Justicia, y siempre que el contrato se encuentre vigente.

4.5. Si luego del primer año del contrato individual, el Funcionario Titular desee rescindir el Contrato Individual de Cobertura Médica, dará un preaviso por escrito a ASISMED, con una antelación de treinta (30) días, a la fecha en la cual se hará efectiva la rescisión anticipada. Esta rescisión no generará responsabilidad alguna ni obligación de indemnización para ninguno de los contratantes.

4.6. No obstante, el Contratante podrá realizar inclusiones/exclusiones según los plazos establecidos en la cláusula decima del presente contrato, y la exclusión de adherentes solo se podrá realizar luego de haber transcurrido como mínimo un año desde la inscripción del adherente en cuestión.

## **5. DERECHOS DE LA EMPRESA.**

5.1 La Empresa tiene los siguientes derechos:

5.1.1. Solicitar el chequeo pre-admisional/Declaración jurada de salud para los adherentes que ingresen pasados los 60 días desde la incorporación del funcionario titular o en los casos contemplados en el punto 3.4.1. del presente contrato

5.1.2. Requerir a los Profesionales Médicos e Instituciones Prestadoras todos los informes y datos relevantes relacionados con los antecedentes clínicos, patológicos o diagnósticos de los adherentes para la realización de las auditorias correspondientes, los que serán tratados en forma estrictamente confidencial.

5.1.3. Todos los demás derechos establecidos en las Condiciones Generales de Prestación y beneficios del plan contratado, y demás documentos integrantes del presente Contrato.

## **6. DE LAS LIMITACIONES EN LA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA**

6.1. Queda bien entendido que el Profesional Médico o las Instituciones Prestadoras asumen la responsabilidad médico-legal inherente a la prestación de servicios médicos, no asumiendo la EMPRESA responsabilidad alguna por negligencia, imprudencia o impericia médica por parte del Médico o de sus asistentes o de los profesionales de las Instituciones prestadoras en su atención a los pacientes Beneficiarios tanto de los consultados o internados o de los ambulatorios. La responsabilidad de la Empresa se limita única y exclusivamente a la cobertura y al alcance de la misma tanto respecto del profesional como del paciente beneficiario.

## **7. DE LA SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.**

7.1. Son causales de suspensión o cancelación de la cobertura médica, según sea el caso y el criterio de la Empresa, las siguientes:

7.1.1 La falta de pago de una (1) cuota mensual, de conformidad con el numeral 3.4. del presente contrato.

7.1.2 La falsedad y/u omisión en la solicitud de admisión y en la declaración jurada del Beneficiario adherente, respecto de su estado de salud, antecedentes médicos, datos personales y domicilio.

7.1.3 Los acontecimientos imprevisibles o inevitables que impidan por razones de fuerza mayor, la normal prestación de los servicios médicos sin que la interrupción o cancelación genere derecho a indemnización o compensación alguna a favor del Contratante y/o del Beneficiario adherente.

7.1.4 La utilización de la Credencial del plan de cobertura médica por terceros con consentimiento del Contratante y/o del Adherente.

7.1.5 La existencia de deudas del Contratante y/o sus beneficiarios/adherentes con la Empresa o sus Prestadores

7.2. Los adherentes perderá/n su condición de tal, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones previstas en el presente documento, siempre que la empresa lo decida en tal sentido, facultando a la empresa a proceder a resolver anticipadamente el contrato.

7.3. La pérdida de tal condición no extinguirá las deudas que por cualquier causa tengan con la Empresa.

## **8. DE LOS DAÑOS A BENEFICIARIOS POR TERCEROS.**

8.1. La empresa quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del Contratante y/o Beneficiario/s adherente/s contra los terceros por cuya acción u omisión aquel o sus Beneficiarios Adherentes sufran lesiones que motiven los servicios asistenciales por la Empresa, estando el Beneficiario obligado a prestar a la Empresa, toda la información y cooperación necesaria a juicio de la misma, que posibilite a esta última el ejercicio contra terceros de todos los derechos y acciones de que fuera Titular el Beneficiario, como consecuencias de los daños y/o perjuicios que sufriera por el hecho de dichos terceros y hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por la Empresa.

## **9. AUTORIZACION**

9.1. Por medio de la presente, autorizo/amos expresamente a ASISMED, a utilizar mis 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 No. 6534/20 de “Protección de Datos Personales Crediticios” y concordantes. El consentimiento otorgado incluye la cesión de estos datos a Sociedades de Información Crediticia u otras empresas especializadas tanto dentro o fuera del país, con las medidas suficientes para garantizar que sean tratados con niveles adecuados de protección. Los datos sobre los cuales se otorga el presente consentimiento incluyen: a) la identificación de mi persona y/o razón social, financiera, (nombres, cédula de identidad, RUC, fecha de nacimiento o constitución, etc); b) los datos de la relación contractual celebrada y la forma de su cumplimiento, es decir tanto la información positiva como la negativa (monto, cuotas, saldo, vencimiento, fecha de pago o días de mora, etc); c) otros tipos de datos que sean relevantes de carácter comercial, crediticia, o patrimonial (domicilio, teléfono, celular, correo electrónico). Asimismo, autorizo expresamente a ASISMED, para que incluyan mi nombre personal y/o Razón Social, en el Registro General de Morosos de INFORMCONF y/o cualquier otro registro de cualquier empresa proveedoras de datos personales y comerciales.

## **10. CAMBIOS EN EL GRUPO DEL CONTRATO**

10.1. El Contratante está obligado a dar aviso inmediato y por escrito a la Empresa en los siguientes casos:

10.1.1 Cambio de domicilio.

10.1.2 Fallecimiento de una persona beneficiaria/adherente del Contrato.

10.2. Inclusión de un adherente: se condicionará la inclusión de beneficiarios al día 10 (diez) de cada mes.

10.3. Exclusión de un adherente: como mínimo luego de transcurrido un año desde su incorporación al contrato, y se condicionara al día 10 (diez) del mes.

## **11. CONDICION DE PREVALENCIA**

11.1. Queda entendido que en virtud del presente contrato se adquiere un plan cuyas condiciones de prestación y beneficios fueron establecidos según un plan licitado celebrado entre Asismed S.A. y la Corte Suprema de Justicia, por lo que en el caso de existir discrepancias entre lo establecido en este contrato individual suscripto por el Contratante/Beneficiario y las Condiciones generales de prestación y beneficios del plan licitado por la Corte Suprema de Justicia, prevalecerán las cláusulas que son convenidas en el presente Contrato individual de cobertura médica sanatorial en relación a las condiciones de pago y suspensión de cobertura.

**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 202....

\_\_\_\_\_  
**EL CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**LA EMPRESA**

## ANEXO CON EL DETALLE DE LAS PRIMAS/ARANCELES

<u>Categoría</u>	<u>Edad</u>	<u>Precio con IVA</u>
Hijo	75 A 99	480.000
Hijo	41 A 59	320.000
Hijo	60 A 74	400.000
Hijo	21 A 40	240.000
Hija	75 A 99	480.000
Hija	41 A 59	320.000
Hija	60 A 74	400.000
Hija	21 A 40	240.000
Suegro/A	0 A 40	240.000
Suegro/A	41 A 59	320.000
Suegro/A	60 A 74	400.000
Suegro/A	75 A 110	480.000
Padre/Madre	0 A 40	240.000
Padre/Madre	41 A 59	320.000
Padre/Madre	60 A 74	400.000
Padre/Madre	75 A 110	480.000



**AUTORIZACIÓN  
DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

**APLICA**

**NO APLICA**

Nombre Completo del Titular del Contrato: .....

Cédula de Identidad/Ruc: ..... Número de Beneficiario Titular del Contrato: .....

Nombre Completo del Titular de la Tarjeta: .....

Cédula de Identidad del Titular de la Tarjeta: .....

Teléfono: ..... Celular: .....

E-mail: .....

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes, a fin de autorizarles el débito automático en mi TARJETA DE CRÉDITO

de la entidad financiera

procesada por

Otros

Número de Tarjeta de Crédito

Vencimiento Fecha

De todos los cargos adeudados a ASISMED S.A. por servicios contratados y/o prestados.

Entiendo que recibiré en el domicilio que tengo denunciado, la factura correspondiente y que la imputación del cargo en el extracto de cuenta será recibo suficiente del pago efectuado a ASISMED S.A.

Queda entendido que ASISMED S.A. no se hace responsable por los cambios de las fechas de cierres de las entidades emisoras de tarjetas de créditos ni de las procesadoras de tarjetas, que puedan traer como consecuencia la duplicación de los importes debitados.

En los casos de rechazos del debito automático por falta de disponibilidad, ASISMED S.A., podrá realizar hasta dos reprocesos, si nuevamente vuelve a rechazarse el proceso de débito, procederé a realizar el pago de la factura correspondiente en las oficinas de ASISMED S.A.

Además relevo a la procesadora de tarjetas de créditos de cualquier reclamación o responsabilidad con respecto a los servicios a ser prestados por ASISMED S.A., los cuales serán regulados por las condiciones estipuladas en el contrato celebrado con ASISMED S.A.

Esta autorización entrará a regir a partir de la fecha de aceptación por parte de ASISMED S.A., y estará vigente en forma ininterrumpida hasta que ASISMED S.A. acuse recibo por escrito de mi solicitud pidiendo la exclusión del servicio de cobranza por débito automático, y ASISMED S.A. autorice dicha solicitud, una vez devueltas y anuladas las Tarjetas de Identificación del Beneficiario Titular y sus adherentes, o hasta que en mi carácter de titular de la tarjeta la sustituya por otra tarjeta con acuerdo de ASISMED S. A., u opte por el pago directo, con el recargo de 3% de comisión cobranzas, en cuyo caso bastará mi cancelación a Uds.

En el caso de bloqueo administrativo de mi Tarjeta de Crédito, me comprometo a gestionar de nuevo el pago por débito automático.

Firma del Titular

Aclaración de firma

Firma del Titular Tarjeta

Aclaración de firma

Procesador

Por Asismed S.A



### MODALIDADES DE PAGO DE CUOTAS

Asismed ofrece a sus asegurados dos modalidades de pago entre las que se destaca por su convivencia el pago por débito automático. A través de este sistema de cobro se exonera al beneficiario del pago de un recargo sistema Red de Pagos del 3% sobre las cuotas mensuales, además de evitar los contratiempos generados por llamadas de cobranzas.

### PARA CLIENTES CON PAGO EN CUOTAS O POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Por el presente instrumento autorizo a Asismed S.A., en forma irrevocable, otorgando suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. "A" del Código Civil, para que puedan recabar información referente a mi situación patrimonial, solvencia económica, a fin de que puedan contar con los elementos del juicio y análisis necesarios para la aceptación del pago en cuotas o por débito automático, igualmente les autorizo para que en caso de un atraso superior a 90 días en el pago de mis obligaciones o cualquier otra deuda pendiente que mantenga con esa Entidad incluyan mi nombre personal o Razón Social que represento, en el Registro General de Morosos de INFORMCONF o de alguna otra Empresa con objeto similar.

Firma Titular del Contrato:

Cédula de Identidad N°:

### DATOS PARA ENVÍO DE FACTURAS Y CORRESPONDENCIAS

DESCRIPCIÓN PARA ENVÍO DE FACTURA

---

---

### CROQUIS DE UBICACIÓN

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS

**¡MUY IMPORTANTE!** Necesario que la declaración firme o la omisión respecto de su estado de salud, antecedentes médicos, son causas de suspensión y/o cancelación de la cobertura médica.



Fecha: / /	Fecha de nacimiento: / /	C.I. N°:
Nombre del Beneficiario:	Edad:	Plan:
Nombre del Titular:	Firma:	

	¿Ha padecido o padece de?		Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual
	SI	NO	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23*			
24			
25			
26			

Firma del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ C.I. N°: \_\_\_\_\_