

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

BENEFICIARIOS

- Cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho, **para la inscripción será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria:**

• Solicitud de incorporación.

• Copia simple de la cédula de identidad.

• Copia simple del certificado de matrimonio o copia de la Sentencia Definitiva autenticada por el Actuario Judicial o el Acta de Inscripción de la Unión en el Registro de Estado Civil de las Personas, con lo que la unión queda equiparada a un matrimonio legal según lo establece el Art. 86 de la Ley 1/92 y la Acordada N° 378 de la C.S.J.).

➤ Hijos solteros hasta el mes en que cumplan 21 años de edad, **para la inscripción se deberá presentar:**

• Solicitud de inscripción.

• Copia simple de la cédula de identidad.

• Copia simple del certificado de nacimiento.

➤ Hijos con discapacidad sin límites de edad, **para la inscripción se deberá presentar:**

• Solicitud de inscripción.

• Copia simple de la cédula de identidad.

• Copia simple del certificado de nacimiento.

• Copia simple del certificado expedido por la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad-SENADIS).

1- **Completar la solicitud de inscripción con los datos del funcionario titular. En la columna de abajo, completar con los datos correspondientes a los beneficiarios y finalmente firmar la solicitud.**

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

EXCLUSIVO PARA CONTRATOS CORPORATIVOS



Empresa :

Nombre del funcionario - titular:

Dirección particular:

Dirección laboral:

Nacionalidad:

Datos del titular (funcionario)

Plan:

Cto. N°:

Beneficiario n°:

Ciudad de residencia:

Tel. particular:

Tel. laboral:

Tel. celular:

E- mail:

C.I. - RUC :

	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	SEXO	FECHA NAC.	EDAD	N° DE CÉDULA	NACIONALIDAD	PARENTESCO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

FECHA / MES DE /

Firma del titular (funcionario)

FIRMA DEL FUNCIONARIO TITULAR

FIRMA DEL ENCARGADO DE RRHH Y SELLO

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

• Dirección de Desarrollo del Personal. Palacio de Justicia – Asunción - 9° Piso Torre Sur.

• Oficinas de RR.HH de las Circunscripciones Judiciales del Interior del País.

• Correo electrónico gestionseguros@pj.gov.py

Alonso y Testanova | Central Telefónica: 439 4000 **División de Seguro Médico. Internos: 2694/3632.**
Correo electrónico: gestionseguros@pj.gov.py
||INFOJUSTICIA: 0800 - 118 100 | <http://www.pj.gov.py/>

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LOS DOCUMENTOS DE INCORPORACIÓN DE ADHERENTES (CON COSTO)

ADHERENTES

- 2 (dos) adultos mayores, padre y madre.

Obs: Sólo en el caso de funcionarios casados entre sí, se podrá incluir al suegro o la suegra del titular.

➤ Hijos solteros al mes siguiente de cumplir 21 años de edad.

➤ Los adherentes deberán permanecer por un periodo mínimo de 1 (un) año.

➤ Para la incorporación será obligatoria la presentación de la documentación respaldatoria:
 - Solicitud de incorporación.
 - Contrato de cobertura médica.
 - Copia simple de la cédula de identidad del adherente a ser incorporado.
 - Modalidad de pago (en caso de optar por el pago con el descuento de tarjeta de crédito)
 - Declaración jurada de salud (en el caso de haber transcurrido el plazo establecido).
 - Constancia laboral del cónyuge (sólo para la incorporación de suegros para funcionarios casados entre sí)

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

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

FUNCIONARIO DE LA C.S.J.:

Nombre y Apellido:

Fecha de Nac.:

C.I. N°:

Datos del titular
(funcionario)

DOMICILIO PARTICULAR:

CIUDAD:

TEL/CEL:

DOMICILIO LABORAL:

CIUDAD:

TEL/CEL:

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.				

Datos del adherente

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 gravedad. 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.....

Aclaración del titular
(funcionario)

Firma del titular
(funcionario)

ACLARACION.....

Marcar la modalidad de pago elegida.

Alonso y Testanova | Central Telefónica: 439 4000 División de Seguro Médico. Internos: 2694/3632.
Correo electrónico: gestionseguros@pj.gov.py
|INFOJUSTICIA: 0800 - 118 100 | <http://www.pj.gov.py/>



2- Completar el contrato de cobertura médica. En la primera parte del contrato, se deberán completar los siguientes datos: nombres y apellidos, C.I N°, RUC (en caso de contar) y domicilio del titular. Así también se deberá firmar el contrato en todas las hojas y en la línea que dice “El Contratante”.

CONTRATO DE COBERTURA MÉDICA

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

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

1. El presente contrato tiene por objeto regular las condiciones generales de la contratación de cobertura médica sanitaria, según los diversos planes de cobertura médica, ofrecido por la Empresa al Contratante y, por consiguiente, regir la vinculación jurídica que de ella resulte.

1.2. Forman parte de este Contrato, los siguientes documentos:

1.2.1. La solicitud de incorporación del Adherente.

1.2.2. El plan de cobertura elegido.

1.2.3. Las condiciones generales de prestación y beneficios del plan elegido.

1.2.4. La Agenda de Profesionales e instituciones prestadoras en Convenio.

1.2.5. La Tarjeta/Credencial de Identificación de Adherente emitida por la Empresa.

1.2.6. Anexo con el detalle de las primas/aranceles del plan.

2. PLAN DE COBERTURA ELEGIDO Y ALCANCE DEL MISMO.

2.1. El Contratante en su calidad de Funcionario Judicial Titular conforme al listado remitido por el Poder Judicial, contrata para sus adherentes debidamente individualizados en la solicitud de incorporación, el "Plan de Cobertura Médico, Sanatorio, integral para los Funcionarios de la CSJ/PJ" elaborado para los Funcionarios del PJ, cuyo alcance de cobertura está descrito en el Contrato celebrado entre ASISMED S.A y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY por el periodo.....

2.2. Queda entendido que la relación contractual celebrada por este acto entre el Contratante y la Empresa se regirá por lo establecido en el presente contrato, y únicamente respecto del alcance de la cobertura se regirá por lo establecido en el Contrato celebrado entre ASISMED y la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DEL PARAGUAY.

2.3. No se aplicará ninguna norma interna para los Adherentes, que menoscaben la cobertura en el presente contrato con excepción de la cobertura de maternidad, que es exclusiva para la titular o conyugue/concubina del titular, hijas beneficiarias e hijas adherentes.

3. CUOTA MENSUAL Y FORMA DE PAGO.

3.1. El Contratante abonará a la Empresa por la cobertura que la misma provea a sus adherentes, conforme el listado de los mismos y sus correspondientes primas individuales, por el Plan elegido, la cantidad de Guaraníes..... (G.....) mensuales con IVA incluidos, pagaderos por mes adelantado, asumiendo El Contratante las obligaciones de pago por sus adherentes.

3.2. El Contratante abonará la cuota correspondiente por mes adelantado, del 1° al 10 de cada mes, a través del sistema de débito automático de la cobertura de maternidad, que es exclusiva para la titular o conyugue/concubina del titular, hijas beneficiarias e hijas adherentes.

3.3. Queda entendido que la imputación del cargo en el extracto de cuenta de la Tarjeta de crédito del Contratante, será recibo suficiente que acredite el pago de la cuota a ASISMED S.A.

11. CAMBIOS EN EL GRUPO DEPENDIENTE DEL CONTRATO

11.1. El Contratante está obligado a dar aviso inmediato y por escrito a la Empresa dentro de los siete (7) días de acaecido el hecho, en los siguientes casos:

11.1.1. Cambio de domicilio.

11.1.2. Fallecimiento de una persona Adherente del Contrato.

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

12. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO.

12.1. En caso de divergencia en la interpretación y/o aplicación del presente contrato las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de Asunción fijando las partes sus domicilios en los lugares mencionados en el encabezamiento de este contrato, donde serán practicadas válidamente todas las notificaciones. Cualquier cambio de domicilio deberá ser notificado por escrito a la otra parte.

En prueba de conformidad y aceptación lo suscriben en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Asunción, a los ... días del mes de de 20..

EL CONTRATANTE

LA EMPRESA

3- Completar la hoja correspondiente a la modalidad de pago.

➤ Sólo en el caso de optar por el descuento de tarjeta de crédito.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

APLICA ☐ NO APLICA ☐

Nombre Completo del Titular del Contrato

Número de Beneficiario Titular del Contrato

Nombre Completo del Titular de la Tarjeta

Tel.

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

procedimiento: ☒ VISA ☐ ☐ ☐

Número de tarjeta de crédito:

Vencimiento Fecha:

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

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 débito automático por falta de disponibilidad, ASISMED S.A. podrá realizar hasta dos reprocesos, si nuevamente vuelve a rechazarse el proceso de débito, procederá 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 ininterrompida 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 cobranza, 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.

Si el proceso de débito automático fallare por dos meses consecutivos, cualquiera sea el motivo, Asismed trasladará el contrato automáticamente al pago por recibo con el recargo del 3%.

Firma del Titular

Aclaración de firma

Firma del titular de la tarjeta, en caso que la tarjeta corresponda a otra persona

Aclaración de firma

4- En el caso que haya transcurrido el plazo de 60 (sesenta) días corridos de la incorporación del titular, para la inclusión de adherentes se deberá llenar una declaración jurada de salud. En caso de producirse esta eventualidad, la cobertura del adherente será con los mismos beneficios y prestaciones, pero con un costo establecido por la prestadora en los casos correspondientes a enfermedades preexistentes y/o crónicas.

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

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS



Fecha: / /

Datos del titular (funcionario)

C. I. N°:

Nombre del Solicitante:

Edad:

Plan:

Declarante Yo, salud, no tengo enfermedades congénitas que me afectan son:

Datos del adherente

Firma del Solicitante:

Firma del titular (funcionario)

Peso:

Altura:

Marque con una "X" según corresponda

	¿Ha padecido o padece de?	Sí	No	Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual
1	Ansiedad, depresión, o cualquier trastorno mental que haya requerido tratamiento o psicoterapia.			
2	Accidentes cerebrovasculares, convulsiones, tratamiento de cráneo u otro trastorno neurológico.			
3	Enfermedades de oído, boca, nariz, garganta, ojos.			
4	Enfermedades de la tiroides u otra glándula de secreción interna.			
5	Bronquitis crónica, asma, enfisema u otras enfermedades respiratorias.			
6	Angina de pecho, ataque cardíaco, infarto del miocardio, fiebre reumática, soplo cardíaco, o cualquier condición cardiovascular.			
7	¿Porta Marcapaso o se ha realizado cateterismo cardíaco, angioplastia o bypass coronario?			
8	Arteriosclerosis, aneurismas, vórices o alteraciones de los valores de Colesterol y Triglicéridos.			
9	Diabetes.			
10	Hipertensión arterial.			
11	Enfermedades del estómago, intestino, ano (fisuras o hemorroides)			
12	Enfermedades del hígado, páncreas y de la vesícula biliar.			
13	Enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.)			
14	Quiste, cáncer o tumores. Especificar localización y naturaleza.			
15	Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamas / próstata.			
16	¿Está usted Embarazada? (en caso de ser mujer).			
17	Indique por favor fecha de la última menstruación. (en caso de ser mujer)			
18	Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones.			
19	¿Ha sido usted internado por algún cuadro no quirúrgico?			
20	¿Ha sido usted sometido a cirugía?			
21	¿Ha recibido usted quimioterapia o radioterapia?			
22	Medicación que utiliza actualmente (incluidas vitaminas, antioxidantes, etc.)			
23	¿Fuma? Frecuencia:			
24	¿Bebe alcohol? Frecuencia:			
25	¿Consumo usted cualquier droga por razones no médicas?			
26	¿Padece usted alguna enfermedad no mencionada previamente?			

Declaro bajo fe de juramento que toda la información que antecede es correcta y se ajusta a la verdad, y manifiesto conocer y salud, las mismas serán causales de no aprobación de la solicitud de admisión o suspensión, cancelación de la cobertura. Declaro estar en conocimiento y aceptar que esta Solicitud de Admisión junto con la Declaración Jurada de Salud, serán som reconozco y acepto que la Empresa se reserva el derecho de aceptar o no aprobar las solicitudes de admisión de personas con y/u omisión en la Declaración Jurada

Aclaración del adherente

u omisión de datos en la solicitud de admisión o en la declaración jurada de presa, quien no se obliga a admitir/me/nos como beneficiario reexistentes declaradas o no antes de la firma del Contrato y a

C.I del adherente

Firma del Declarante:

Firma del adherente

Aclaración:

C. I. N°:

5- Las documentaciones correspondientes deberán ser presentadas en:

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

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