

Contrato de Afiliación

Ariston Salud (Reyles S.A.)

Entre: **Reyles S.A.**, CUIT 30-70849762-9 (en adelante “La Prestadora” o “Ariston Salud”), con domicilio en Av. Rafael Núñez 3646 de la ciudad de Córdoba, y el/la **Afiliado/a Titular**, cuyos datos constan en el formulario de solicitud correspondiente, se celebra el siguiente Contrato de Afiliación:

Primera – Normativa Aplicable

El presente contrato se rige por la Ley 26.682, la Ley 24.240, la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, el Código Civil y Comercial de la Nación y toda normativa vigente aplicable al régimen de medicina prepaga y seguridad social.

Segunda – Objeto

La Prestadora brindará al afiliado y su grupo familiar autorizado las prestaciones médico-asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y las adicionales propias del plan contratado, bajo modalidad de sistema cerrado con prestadores propios o contratados.

Tercera – Requisitos de Afiliación

Para adquirir la condición de afiliado se deberá completar: a) el Formulario de Solicitud de Ingreso b) la Declaración Jurada de Salud Individual por cada integrante del grupo familiar c) la aceptación del presente contrato mediante firma manuscrita o electrónica, según corresponda.

Cuarta – Declaraciones del Afiliado

El afiliado declara bajo juramento que los datos personales y médicos proporcionados para sí y su grupo familiar son veraces, completos y exactos. Se responsabiliza por la información contenida en las declaraciones juradas y acepta que: a) la omisión o falsedad de información relevante faculta a la Prestadora a rescindir el contrato y reclamar daños b) la cobertura de patologías no declaradas será denegada c) la utilización de las prestaciones es personal e intransferible d) no se cubrirán patologías preexistentes no informadas, conforme artículo 10 de la Ley 26.682.

Quinta – Facultad de la Prestadora

La Prestadora podrá solicitar al afiliado documentación médica, informes clínicos, estudios complementarios u otros elementos de juicio, tanto al momento de la afiliación como durante la vigencia del contrato, a los fines de auditoría, autorización de prestaciones o revisión de cobertura.

Sexta – Cobertura con Prestadores Propios

La atención médica se brinda exclusivamente dentro del sistema de prestadores designado por la Prestadora. No se reconocerán reintegros por atenciones fuera de dicho sistema, salvo autorización expresa emitida con anterioridad.

Séptima – Financiamiento del Plan

La financiación del plan se realiza a través de: a) la derivación de los aportes y contribuciones del sistema de seguridad social a favor de la Prestadora b) el pago directo por parte del afiliado de la diferencia de cuota que no sea cubierta por los aportes.

En caso de que el empleador no derive los aportes, o el afiliado no abone la diferencia correspondiente: a) perderá el acceso a la totalidad de los prestadores de cartilla b) será derivado al Centro de Atención Médica que se informe oportunamente c) conservará su afiliación contractual, pero con cobertura asistencial limitada hasta regularización.

Octava – Obligaciones de Pago

El afiliado asume la obligación de pagar toda diferencia no cubierta por los aportes derivados. En caso de mora: a) se configurará en forma automática al vencimiento de la cuota b) se suspenderán los servicios médicos c) se aplicarán intereses y gastos de cobranza d) la Prestadora podrá iniciar reclamos judiciales o extrajudiciales.

Novena – Variación por Edad

La cuota se ajustará automáticamente según la edad del afiliado conforme las siguientes franjas: a) 0 a 14 años b) 15 a 29 años c) 30 a 49 años d) 50 a 64 años e) 65 a 74 años f) 75 años en adelante.

Décima – Plan Seleccionado

Las condiciones específicas del plan contratado estarán determinadas por el formulario de solicitud de ingreso suscripto por el afiliado, el cual integra el presente contrato y determina las coberturas adicionales, topes, beneficios y eventuales carencias.

Décima Primera – Trato Respetuoso Recíproco

Las partes se comprometen a mantener un trato cordial, profesional y respetuoso. En caso de comportamientos injuriantes o violentos por parte del afiliado: a) se podrá restringir su acceso a oficinas b) se podrá suspender la atención presencial c) se perderán beneficios promocionales, sin que ello afecte la cobertura médica de base.

Décima Segunda – Rescisión Voluntaria del Contrato

El afiliado podrá solicitar la baja del sistema en cualquier momento, sin penalidad. La notificación deberá realizarse con al menos treinta (30) días corridos de anticipación, mediante: a) presentación presencial en oficinas administrativas b) correo electrónico habilitado c) carta documento o telegrama colacionado. En caso de existir deuda pendiente: a) no se impedirá la baja b) no podrá reingresar hasta cancelar los montos adeudados, con intereses y gastos aplicables.

Décima Tercera – Extinción por Causal de la Prestadora

La Prestadora podrá dar por resuelto el contrato si se verifica: a) mora en el pago de tres (3) cuotas consecutivas, previa intimación fehaciente con plazo de diez (10) días hábiles b) falsedad u omisión relevante en la declaración jurada de salud c) trato injurioso, agresivo o violento hacia personal médico o administrativo.

Décima Cuarta – Fallecimiento del Titular

El fallecimiento del afiliado titular produce la baja automática del grupo familiar adherido, en razón de que el plan se financia con los aportes derivados a nombre del titular. Los familiares podrán solicitar un nuevo ingreso, sujeto a evaluación médica y financiera, conforme disponibilidad y políticas vigentes.

Décima Quinta – Derecho de Equivalencia

En caso de modificación de la cartilla, se garantizará al afiliado una equivalencia prestacional razonable. Si se diera de baja a un prestador con quien el afiliado tenga tratamiento en curso: a) se garantizará la continuidad hasta el alta médica b) la Prestadora podrá limitar el valor si excede notoriamente los parámetros de mercado, solicitando autorización a la Superintendencia de Servicios de Salud.

Décima Sexta – Firma Electrónica y Contratación Digital

El presente contrato puede ser celebrado: a) de forma presencial o b) mediante firma electrónica validada por la plataforma digital. El afiliado acepta expresamente esta modalidad y se obliga a conservar su acceso activo al sistema de gestión del plan.

Décima Séptima – Domicilio Electrónico

El afiliado constituye como domicilio electrónico el correo denunciado al momento de su incorporación. Toda notificación remitida a dicho correo se considerará válida. Es su obligación mantener los datos actualizados en el sistema.

Décima Octava – Protección de Datos Personales

La Prestadora tratará los datos personales del afiliado conforme la Ley 25.326, utilizándolos exclusivamente para fines asistenciales, administrativos y legales, con garantía de confidencialidad.

Décima Novena – Prótesis y Órtesis

La cobertura incluye: a) el 100% del valor de prótesis y órtesis de origen nacional hasta la menor cotización de plaza b) no se cubren aquellas de origen importado, salvo que estén contempladas por normativa obligatoria vigente.

Vigésima – Acceso a Historia Clínica y Auditoría Médica

El afiliado otorga consentimiento expreso para que la Prestadora acceda a:
a) su historia clínica b) informes médicos c) estudios complementarios
d) documentación asistencial, exclusivamente para verificar información, resolver reclamos, o autorizar prestaciones.
El acceso se ajustará a la Ley 26.529 y principios de confidencialidad médica.

Vigésima Primera – Jurisdicción

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de Córdoba, renunciando a cualquier otro fuero.