

Contrato de Afiliación

Entre: **Sociedad de Beneficencia Hospital Italiano**, CUIT 30545894528, con domicilio en calle Roma 550 de la ciudad de Córdoba, provincia de Córdoba, en adelante “La Prestadora”, y el Afiliado Titular, cuyos datos se consignan en la solicitud electrónica o física correspondiente, se conviene el siguiente **Contrato de Afiliación**, que se registrará por las siguientes cláusulas:

1. Normativa Aplicable

El presente contrato se celebra conforme a lo dispuesto en la **Ley 26.682, Ley 24.240, Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 25.326 de Protección de Datos Personales**, y demás normas complementarias vigentes.

2. Objeto

La Prestadora se compromete a brindar al Afiliado y su grupo familiar autorizado las prestaciones médico-asistenciales correspondientes al **Programa Médico Obligatorio (PMO)** y adicionales que integran el plan contratado, bajo modalidad de **sistema con prestadores propios**.

3. Requisitos de Afiliación

Para ser considerado afiliado se deberá completar en forma previa al alta: a) el **Formulario de Solicitud de Ingreso**, b) la **Declaración Jurada de Salud Individual**, y c) el **presente Contrato**, en todos los casos mediante firma electrónica o manuscrita según la modalidad de contratación.

4. Declaraciones del Afiliado

4.1. El Afiliado declara bajo juramento que los datos personales y médicos proporcionados para sí y su grupo familiar son veraces, completos y exactos. 4.2. Suscribe asimismo una Declaración Jurada de Salud, extendida respecto de todos los integrantes de su grupo familiar adherido, haciéndose único y exclusivo responsable de su veracidad. 4.3. La omisión, falseamiento o reticencia de información relevante facultará a la Prestadora a **rescindir el contrato**, negar la cobertura de patologías no declaradas, y exigir la reparación de daños si correspondiere. 4.4. El Afiliado acepta que la utilización de las prestaciones es **personal e intransferible**, debiendo acreditar identidad en cada solicitud de servicio. 4.5. **No serán cubiertas las patologías preexistentes** no informadas en la declaración jurada de salud individual, conforme lo previsto en el artículo 10 de la Ley 26.682.

5. Facultad de la Prestadora

La Prestadora podrá solicitar antecedentes clínicos, estudios complementarios o evaluaciones de salud al momento de la afiliación o durante la vigencia del contrato, con fines de auditoría médica y adecuación de cobertura.

6. Cobertura con Prestadores Propios

La cobertura médica se brinda exclusivamente mediante **prestadores propios**, a través de profesionales, centros médicos e instituciones propios o contratados. **No se reconocerán reintegros** por atenciones fuera del sistema habilitado.

7. Aportes y Obligaciones de Pago

7.1. El Afiliado reconoce su obligación de **abonar las cuotas correspondientes en tiempo y forma**, siendo el único responsable del cumplimiento económico, incluso respecto del grupo familiar adherido. 7.2. La cuota vence en el día establecido en la factura emitida, **estableciéndose la mora automática** sin necesidad de interpelación. 7.3. La falta de recepción de boleta no exime del pago: el afiliado debe consultar el importe en caso de duda. 7.4. La mora en el pago genera **intereses y suspende automáticamente los servicios**. 7.5. **Las deudas del Plan de Salud podrán ser reclamadas judicial o extrajudicialmente**, con adición de intereses legales y gastos de cobranza.

8. Variación por Edad

Al cumplir el afiliado la edad correspondiente, será recategorizado automáticamente, aplicándose la cuota correspondiente a su nueva categoría etaria conforme reglamentación vigente. El valor de la cuota variará de acuerdo a las siguientes **franjas etarias**: 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.

9. Plan Seleccionado

El tipo de plan, las prestaciones adicionales, coberturas superiores al PMO y condiciones económicas estarán **determinados por el plan seleccionado en el Formulario de Solicitud de Ingreso**, el cual forma parte integrante de este contrato.

10. Trato Respetuoso Recíproco

Las partes se comprometen a mantener un **trato respetuoso, cordial y profesional** durante toda la relación contractual. La Prestadora podrá restringir el acceso físico a sus instalaciones o canales personales de atención en caso de conductas injuriantes, hostiles o violentas por parte del afiliado, sin que ello afecte la cobertura médica. La pérdida de promociones o bonificaciones especiales también podrá ser consecuencia de esas conductas.

11. Rescisión Voluntaria del Contrato

El afiliado podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, **sin penalidad alguna ni necesidad de libre deuda**. La comunicación deberá ser realizada en forma fehaciente **con al menos treinta (30) días corridos de anticipación**, por alguna de las siguientes vías: a) Presencialmente en las oficinas administrativas de calle Roma 559; b) Mediante correo electrónico oficial habilitado por la Prestadora; c) Por carta documento o telegrama colacionado.

En caso de baja con deuda pendiente, **no se impedirá la baja**, pero el afiliado no podrá ser admitido nuevamente —como titular ni adherente— hasta haber abonado la totalidad de los saldos con sus intereses y recargos aplicables.

12. Extinción por Causales de la Prestadora

La Prestadora podrá rescindir el contrato en los siguientes casos: a) Mora en el pago de **tres (3) cuotas mensuales**, previa **intimación al pago dirigida al correo electrónico informado oportunamente con diez (10) días hábiles de plazo**; b) Falseamiento u omisión en la Declaración Jurada de Salud; c) Malos tratos, agresión o conducta injuriantes hacia el personal o prestadores.

13. Cobertura Post Fallecimiento del Titular

En caso de fallecimiento del Afiliado titular, el grupo familiar adherido podrá conservar la cobertura médica. El/la cónyuge, hijo/a mayor o familiar conviviente podrá solicitar la **continuidad del plan**, asumiendo el carácter de titular. El valor de la cuota se adecuará restando la parte correspondiente al titular fallecido.

14. Derecho de Equivalencia

La Prestadora garantiza que cualquier modificación de la cartilla de prestadores no afectará la **equivalencia asistencial del plan contratado**. En caso de baja de un prestador con quien el afiliado estuviera cursando tratamiento, tendrá derecho a **mantener la atención con dicho profesional hasta el alta médica**, sin costos adicionales, salvo que los valores se aparten notoriamente del mercado. En tal caso, podrá solicitarse autorización a la Superintendencia de Servicios de Salud para limitar los valores.

15. Firma Electrónica y Contratación Digital

15.1. El presente contrato podrá celebrarse de manera presencial o a distancia mediante **firma electrónica** validada a través de la plataforma digital, con plena validez jurídica conforme legislación vigente. 15.2. El afiliado acepta la modalidad de contratación electrónica, y se obliga a mantener activo su usuario en el sistema digital de gestión del Plan.

16. Domicilio Electrónico

El afiliado constituye domicilio electrónico en el correo informado al momento de la afiliación. Toda notificación o comunicación remitida a dicho correo será válida y vinculante. El afiliado se obliga a mantener actualizados sus datos de contacto.

17. Protección de Datos Personales

La Prestadora garantiza el tratamiento confidencial de los datos personales conforme legislación vigente, limitando su uso a fines asistenciales, administrativos y legales.

18. Prótesis y Órtesis Médicas

La cobertura incluye el 100% del valor de prótesis u órtesis de origen nacional, hasta la menor cotización de plaza. Las de origen importado no están incluidas.

19. Acceso a Historia Clínica y Consentimiento para Auditoría Médica

El Afiliado titular otorga su **consentimiento expreso** para que la Prestadora, por intermedio de su área de Auditoría Médica, pueda acceder a su **historia clínica, antecedentes asistenciales, informes médicos, estudios complementarios y demás documentación sanitaria**, con el único fin de verificar la veracidad de la información contenida en la Declaración Jurada de Salud, evaluar indicaciones médicas, validar autorizaciones, o resolver reclamos asistenciales.

Dicho acceso se realizará **bajo estricta confidencialidad**, conforme lo dispuesto por la legislación vigente y los principios de ética médica, exclusivamente en el marco de la relación contractual vigente y con fines prestacionales, sin posibilidad de cesión ni uso comercial de dicha información.

20. Jurisdicción

Para cualquier divergencia derivada del presente contrato, las partes se someten a la jurisdicción de los **Tribunales Ordinarios de la ciudad de Córdoba**, con renuncia a cualquier otro fuero.

