**Condiciones de contratación**

**Solicitud de ingreso  
 “SEGURO MUTUAL DE SALUD”** NÚMERO: ...................

…………………………………………………………………………………………………….. Nacido el día .….... de ……………………………. de ……..… Documento Nacional de Identidad Nº……………………………….….. con domicilio en …………………………………….………………….………………….………………….………………….

Nº ....................... de la localidad de …………………………………, Celular Nº:………………..……………………

Email: …………………………………………………………….. Prepaga/Obra social ..............................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………

La persona que se declara como “TITULAR” (es decir que informa que puede actuar en representación de las demás personas declaradas ante SanCor Seguros y/o la MUTUAL SOLIDARIA DE SERVICIOS FUNEBRES), del grupo de personas cuyos datos se indican en el presente documento, declara haber leído las condiciones generales y particulares de SanCor Seguros dispuestas para este fin en la web de Sancor Seguros ([www.sancorseguros.com.ar](http://www.sancorseguros.com.ar/)), en lo que refiere a la póliza de seguro que le será emitida con motivo de la contratación del SEGURO DE SALUD contratado a través de la MUTUAL SOLIDARIA DE SERVICIOS FUNEBRES y declara también haber leído y aceptado las cláusulas que se detallan a continuación:

1. El SEGURO DE SALUD es comercialmente denominado en las comunicaciones masivas y personales por distintos medios físicos y/o digitales como “SEGURO MUTUAL DE SALUD”, Plan ORO y PLAN PREMIUN.
2. El Seguro (en ambos planes ORO y PREMIUM), ante una cirugía, trasplante, prótesis y/o cristales recetados, le abonará al “titular”, un monto de dinero indemnizatorio de acuerdo al acto médico realizado, el cual se estipula en el presente acuerdo para cada una de los distintos actos médicos y para cada plan.
3. Dicho monto será entregado siempre a posterior del concretado el acto médico, presentado la documentación médica que demuestre fehacientemente que la misma haya sido concretada, que la misma se encuentre comprendida dentro de los actos médicos detallados y que el beneficiario se encuentre con todos los pagos de su seguro mutual de salud sin registrar deuda alguna.
4. Entre la presentación de la documentación que acredite el acto médico realizado y la concreción de la entrega del dinero indicado, podrán transcurrir entre 14 y 28 días de plazo.
5. Cualquier enfermedad, patología o condición de salud que sea conocida por el afiliado y/o diagnosticada médicamente con anterioridad a la incorporación del beneficiario al seguro, no será cubierta por este.
6. Las provisiones de drogas oncológicas se realizarán de acuerdo a lo estipulado por el ente de regulación nacional y se entregarán por los canales que determine en cada caso la aseguradora.
7. El servicio de atención médica por medio de video llamada, podrá ser concretada a través de la APP mobile “llamando al doctor”, la cual deberá ser descargada del store de su teléfono celular para luego, indicando sus credenciales personales (usuario y contraseña), poder ingresar a la misma.
8. El descuento del 50% en medicamentos, será concretado al momento de comprar los mismos en una farmacia adherida. Para obtener este descuento, la compra deberá ser concretada cumplimiento los requisitos legales en curso para la compra de medicamentos. Los medicamentos alcanzados por este descuento, son todos aquellos que figuran en el Vademecum Premium en la web de Sancor Seguros ().
9. El “titular”, tendrá 30 días corridos desde la fecha del alta en el seguro, para solicitar la baja del Seguro Mutual de Salud contratado sin penalidad alguna. El dinero abonado como inscripción no será reintegrado. Si hubiera abonado una o más cuotas del seguro mutual de salud, y optare por la opción referida, del total abonado por este concepto, se le reintegrará la totalidad del mismo menos un 10% en concepto de gastos administrativos.
10. El alta o baja en el seguro mutual se producirá de acuerdo a lo siguiente: Si el alta o baja se comunicara formalmente entre el 1º del mes y el 14 del mismo inclusive (o día previo si este resultare inhábil), el efecto se concretará a partir del día 1º del mes siguiente inmediato. Si la comunicación de alta o baja se formalizara entre el día 15 y hasta el último día del mes, el efecto se concretará a partir del día 1º del mes sub siguiente al de realizada la comunicación.
11. El plazo de contratación mínima es de 1 (uno) año contado desde el alta del seguro. De no mediar comunicación fehaciente alguna entre las partes, el mismo se renovará automáticamente por un plazo similar. Pasado el año desde la fecha de alta, el titular podrá optar por la baja en cualquier momento, efectivizándose dicha baja de acuerdo al especificado en el punto 7.
12. Las cuotas mensuales, vencen los días 10 de cada mes. Si una cuota no es pagada dentro del mes de vencimiento, la MUTUAL podrá dar la baja del SEGURO DE SALUD sin requerir notificación alguna, perdiendo el /los beneficiario/s todos las prestaciones y/o beneficios del seguro contratado. La Baja por falta de pago se producirá a partir del primer día del mes siguiente al mes finalizado cuya cuota no fuera abonada. La deuda por el o los eventuales períodos vencidos, deberán ser abonadas por parte del titular. Si la baja por falta de pago se produjera dentro del primer año, la penalidad económica por este accionar por parte del titular, será la de multiplicar la cantidad de meses restantes para cumplimentar el primer año, por el valor de la cuota al momento de producirse la baja.
13. Los montos de las cuotas mensuales expresadas más abajo para las distintas opciones de cantidad de personas y/o planes, incluyen un 50% de descuento especial sobre los montos de la lista oficial, por ser socios de la MUTUAL SOLIDARIA DE SERVICIOS FUNEBRES. Este descuento especial del 50% sobre el precio de lista oficial, será mantenido durante el primer año, indistintamente de las variaciones que pudiera experimentar la lista de precio oficial. Asimismo, los montos indemnizatorios indicados en el presente para cada situación en los que está previsto esta modalidad, tienen ya descontados el monto del 10% por gastos de gestión y administración operativa. Dicho monto será formalizado a través de un comprobante de retención del 10% (diez por ciento) por este concepto.
14. El plan “Family Plan 1” podrán estar compuestos por 1 persona mayor de edad y hasta 3 menores de edad.  El Family Plan 2” podrán estar compuestos por 2 persona mayores de edad y hasta 4 menores de edad. Para ambos casos, se entiende como menores de edad a las personas que no hayan cumplido 21 años o teniendo entre 21 y 27 años se encuentren estudiando.

* **Personas incluidas en el seguro mutual de salud** (detalle de las personas incluidas)

…………………………………….

* **Plan elegido**

………………………………….. (ORO / PREMIUM)     
(     )  **Plan Familiar 1** (1 mayor y hasta 3 menores)  
(     )  **Plan Familiar 2** (2 mayores y hasta 4 menores)  
(     )  **Cantidad de personas** (Esta opción debe ser usada cuando no es Plan Familiar)

* **MONTO MENSUAL**

​

$ …………………………………….