**ANEXO II**

**GRUPO PARAMEDIC** Nro. de socio:

Presente Solicitud Nº:……………….

Solicito la incorporación al sistema de cobertura médica de PARAMEDIC, tomando conocimiento del plan elegido, sus especificaciones y los servicios comprendidos en el mismo, aceptando de total conformidad lo indicado en las condiciones de prestación del presente.

**PLAN SOLICITADO**: **PLAN CONNECT PLUS**

**DATOS DEL SOCIO Y/O GRUPO FAMILIAR**

Domicilio: Calle……………………………………………………Nº……………Piso………..Depto…………Loc……………………………….

Entre calles y/o referencias:……………………………………………………………………………………………..CP:…………………………

Teléfono:………………………………….Celular:………………………………..E-Mail:…………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apellido y Nombre** | **Tipo y Nro. De Documento** | **Fecha de Nacimiento** | | |
| Titular |  |  |  |  |  |
| Adherente 1 |  |  |  |  |  |
| Adherente 2 |  |  |  |  |  |
| Adherente 3 |  |  |  |  |  |
| Adherente 4 |  |  |  |  |  |
| Adherente 5 |  |  |  |  |  |

Dominio Auto Protegido:………………………

**DATOS ADMINISTRATIVOS**

El abono se pacta en un valor mensual de $...................... (pesos………………………………………….), IVA incluido.

**FORMA DE PAGO**

**Pago por débito automático de Tarjeta de Crédito:** Visa  Mastercard  American Express

Nombre completo del titular de la tarjeta:……………………………………………………..Nº de DNI:…………………………

Tarjeta Nº:………………………………………………….Vencimiento:……../……….

**De conformidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma Aclaración

**PLANES PARCIALES –CONNECT PLUS**

**Reglamento General de Contratación:**

El presente Reglamento contiene los términos y condiciones generales de contratación del plan familiar Connect plus, a los efectos de regir la relación del asociado/afiliado y/o adherente, con Agrupación de Colaboración Grupo Paramedic (en adelante Grupo Paramedic)

**1. ASOCIACIÓN AL PLAN**

La adhesión al plan podrá ser Individual o por Plan Familiar.

**1.1. Individual:** Podrá asociarse a este plan las personas capaces para contratar, de acuerdo a las normas vigentes de la Rep. Argentina.

**1.2. Plan Familiar:** Podrán integrar este plan el conjunto de personas que el contratante declare al momento del ingreso al plan.

**1.3. Modificaciones del Plan Familiar:** El contratante podrá ampliar o dar de baja integrantes del plan familiar contratado. Para ello deberá notificar por e-mail [facturación@paramedic.com.ar](mailto:facturación@paramedic.com.ar) y/o llamar al 5-777-5500 de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hs.

**1.4. Condición Esencial:** La condición de abonado al Plan individual o al Plan Familiar se adquiere automáticamente a las 48 hs. hábiles de la fecha de firma de la presente solicitud de cobertura y se mantendrá con el pago mensual y puntual de las cuotas, por parte del asociado/afiliado. La mora en el pago de las cuotas generará un interés punitorio de una vez y media la tasa activa que aplica el Banco de la nación Argentina para sus operaciones de descuento a Treinta (30) días, el que se calculará por cada día de retardo hasta su efectivo pago.

**1.5. Una vez perfeccionado el contrato de acuerdo a lo estipulado precedentemente, el contratante podrá, en el término de diez (10) días, revocar el presente conforme a lo estipulado en el art. 34 de la ley 24.240.**

**2. CUOTAS MENSUALES**

**2.1** El afiliado/asociado deberá abonar el plan contratado de acuerdo al detalle inserto en el anexo I del presente, por mes adelantado.

**2.2.** El pago en término, es condición esencial para la continuidad del presente contrato, motivo por el cual la falta de pago de 3 (tres) cuotas consecutivas o alternadas, facultará a Grupo Paramedic a intimar fehacientemente al afiliado/asociado por el término de 10 días a que regularice su situación. Una vez constituido en mora al afiliado/asociado, Grupo Paramedic podrá rescindir el contrato por falta de pago. Dicha baja no extingue las deudas que el asociado/afiliado mantenga con Grupo Paramedic, quedando reservado el derecho a exigir su pago.

**2.3.** En caso que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, solicite su reincorporación, deberá previamente cancelar la deuda pendiente, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes, aplicándose en tales casos todo lo previsto en los puntos 1.4 y 1.5.

**3. Servicios contratados:**

Grupo Paramedic brindará a los asociados/afiliados y adherentes los servicios de Emergencias y Urgencias, telemedicina, auto protegido~~,~~ -según detalle en anexo I-

**3.1.1. Emergencia Médica (código Rojo):** Es toda situación médica en la que, de no mediar una asistencia inmediata y por personal Médico y Paramédico calificados, se pone en peligro la vida, los órganos y/o sus funciones, debiendo iniciarse las acciones médicas en la escena de los hechos, continuándolas durante el traslado y aún durante la transferencia.

**3.1.2. Urgencia médica (Código Amarillo)**: Es toda situación que si bien no reviste la gravedad ni reclama la inmediatez de una emergencia, necesita ser vista en un tiempo perentorio ya que puede, con el tiempo, convertirse en una emergencia o presentar una sintomatología demasiado molesta para el paciente por lo que tiene una gran probabilidad de internación.

**3.1.3. Telemedicina**: La OMS la define como la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos.”

Grupo Paramedic brinda el uso de la app Paramedic Connect ® (en adelante la aplicación) a los asociados/ afiliados y/o adherentes con la extensión y limitaciones contenidas en los términos y condiciones y políticas de privacidad incluidas en el “ ANEXO III” que forma parte del presente contrato

**3.1.5Auto Protegido~~:~~** El servicio consta con la atención de Emergencias y Urgencias de toda persona que se encuentre dentro del automóvil que figura informado bajo esta cobertura al momento de la contratación. (Radio de cobertura AMBA o Salta Capital)

**4. PROCEDIMIENTO OPERATIVO**

**4.1.** Los afiliados/ asociados y/o adherentes al plan deberán llamar a la Central de Operaciones de Grupo Paramedic a los números telefónicos 5777-5550 o al 0810-999-0911; se recepcionará el servicio y se le asignará la unidad que corresponda de acuerdo a los signos y síntomas manifestados por el paciente

**4.2.** El servicio comprenderá: a) la presencia en el lugar solicitado de un profesional médico con el instrumental apto necesario para realizar la atención en domicilio a bordo de una unidad polivalente de alta o baja complejidad de acuerdo al caso, b) Eventual traslado del paciente al establecimiento médico que corresponda por su cobertura médica o aquel que el profesional interviniente considere conveniente por la gravedad del cuadro que presente el paciente en el momento de la atención. c) Una vez ingresado el paciente a la institución receptora cesará la responsabilidad de Paramedic.

**5. Precio**

**5.1.** El valor de la cuota y de los adicionales del plan se regirán por lo estipulado en el ANEXO I, cuyo monto está sujeto a los aumentos autorizados superintendencia de servicios de salud conforme art. 17 de la ley 26.682.

**6. RENUNCIA O MUERTE DEL TITULAR.**

**6.1** La renuncia o muerte del titular del grupo familiar produce la resolución de pleno derecho de los adherentes y la pérdida de todos sus beneficios.

**6.2.** La renuncia deberá ser formulada por el titular en forma fehaciente, debiendo cancelar su deuda con Grupo Paramedic.

**6.3.** Si existieran deudas con Grupo Paramedic, la renuncia o muerte del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago.

**6.4.** Si uno o más miembros del grupo quisieran continuar contratando con Grupo Paramedic, dentro de 30 días de producido la muerte del titular o su renuncia, deberá notificar la conformación de un uno plan y abonar la cuota correspondiente de afiliación.

**7. RESCISIÓN**

El titular podrá poner fin a la contratación del plan unilateralmente y sin expresión de causa, mediante notificación escrita con 30 días de anticipación.

**8. VIGENCIA**

El presente contrato será por tiempo indeterminado y quedará perfeccionado conforme a lo previsto en el punto **1.5.**

**9. EXCLUSIONES**

El presente servicio se circunscribe a la atención médica pre-hospitalaria, fuera de un hospital y/o centro de salud. Los diagnósticos indicados por los profesionales de Grupo Paramedic son presuntivos y deben ser siempre reevaluados por el médico de cabecera y/o especialista que corresponda.

El servicio será exclusivamente el que fuera consecuencia inmediata y necesaria de la atención médica en domicilio, auto protegido y/o servicio telemedicina descripto en el punto 3 del presente acuerdo.

Se excluye expresamente del servicio prestado, lo dispuesto por la res 201/02 del MSN -ampliaciones, modificatorias y anexos- PMO, PMI y prestaciones básicas de discapacidad.

**Firma y aclaración del solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaro que el presente ejemplar REGLAMENTO GENERAL DE CONTRATACIÓN DE GRUPO PARAMEDIC HA SIDO FIRMADO POR EL SOLICITANTE EN MI PRESENCIA.**

**Firma y aclaración del promotor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**