

## CONTRATO PARA AFILIADOS ADHERENTES

Entre la OBRA SOCIAL UNIÓN PERSONAL DE LA UNIÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACIÓN, en su carácter de titular de los planes prepagos denominados "ACCORD SALUD" con domicilio en la calle Arenales N° 884 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante denominada ACCORD SALUD, por una parte y por la otra el/la Señor/a \_\_\_\_\_ Documento Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, con domicilio en la calle \_\_\_\_\_ en adelante EL AFILIADO, convienen en celebrar el presente Contrato conforme a las Resoluciones 076/98, 195/98 S.S.Salud, Ley 26682 y sus Decretos Reglamentarios 1991/11 y 1993/11.-----

**PRIMERA: DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE INGRESO:** Se considerará afiliado del plan médico de adherentes "Accord Salud Plan Privado de la Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación", aquella persona física que presente la Solicitud de Ingreso debidamente suscripta por el afiliado titular y cumpla con los requisitos establecidos en el presente contrato.-----

**SEGUNDA: MODALIDADES DE CONTRATACION:** EL AFILIADO podrá solicitar la incorporación del grupo familiar primario que tenga a su cargo según art. 14 incisos a y b de la Ley 26.682 y su Decreto reglamentario 1993/11. Toda modificación, alta o baja del grupo familiar y/o demás integrantes deberá ser comunicada y acreditada a ACCORD SALUD en forma fehaciente dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producida.-----

**TERCERA: CONDICIONES DE INGRESO:** Las personas físicas interesadas en ingresar deberán completar y suscribir la respectiva Solicitud de Ingreso y una Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares, donde deben detallarse todas aquellas enfermedades preexistentes, patologías seculares, cirugías llevadas a cabo, tratamientos recibidos con anterioridad o que se estén llevando a cabo al momento de la solicitud, individualizando los profesionales consultados en los últimos doce (12) meses y toda información relacionada con su o sus patologías. Se deja constancia que el detalle de las patologías que da cuenta la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud es meramente enunciativo y EL AFILIADO deberá consignar en dicho instrumento las patologías, antecedentes, etc. de las que adoleciera aún cuando no estuvieren expresamente indicadas en el formulario. 1. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo familiar, sean que fueren incorporados o no. A tales fines la solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o la inexactitud y/o la falta de coincidencia entre lo declarado, informado y lo efectivamente acreditado por ACCORD SALUD, generará sin más el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación por parte de ACCORD SALUD conforme art. 9 punto 2) inc. b) Decreto 1993/11 de la Ley 26.682. La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por EL AFILIADO en la Declaración Jurada son condiciones fundamentales y esenciales para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para perfeccionar el presente contrato. En consecuencia, la omisión y/o inexactitud y/o la falacia y/o la divergencia, etc. con la realidad de la información suministrada por EL AFILIADO en dicha Declaración, generará la facultad en ACCORD SALUD de resolver el CONTRATO por exclusiva culpa de EL AFILIADO, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido. Lo expuesto lo es sin mengua del derecho de ACCORD SALUD de solicitar la nulidad del presente contrato, acción ésta que podrá ejercerse por vía de acción y/o de excepción y/o de reconvencción judicial. Notificada la resolución podrá pedirse la nulidad solo por vía de excepción y/o reconvencción. 2. La Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares implica autorización en forma irrevocable a ACCORD SALUD a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo/s hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a ACCORD SALUD y/o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura medico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de ACCORD SALUD. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el solicitante se obliga a requerirla a los profesionales y/o instituciones intervinientes y a efectuar las autorizaciones expresas para proveer a ACCORD SALUD de la información médica que está solicitando, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá ser en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de serle requerida por ACCORD SALUD. 4. El contrato sólo quedará perfeccionado en el momento en que ACCORD SALUD acepte la solicitud de contratación, lo que sucederá cuando: a) ACCORD SALUD así lo comunicare expresamente a EL AFILIADO o, b) EL AFILIADO reciba las credenciales definitivas.-----

**CUARTA: DOMICILIO:** En la Solicitud de Ingreso EL AFILIADO deberá denunciar su domicilio real. EL AFILIADO se compromete a denunciar y/o comunicar en forma fehaciente todo cambio producido en el mismo a ACCORD SALUD. Todas las comunicaciones efectuadas por ACCORD SALUD serán tomadas por válidas cuando fueren notificadas en el domicilio denunciado por EL AFILIADO y/o modificaciones informadas a ACCORD SALUD con posterioridad a la firma del presente. De no dar cumplimiento a ello, se exime a ACCORD SALUD de toda responsabilidad, dado que se tomará como válida cualquier información cursada al domicilio constituido en la Solicitud de Ingreso.-----

**QUINTA: PATOLOGIAS PREEXISTENTES:** ACCORD SALUD se reserva el derecho de solicitar autorización ante la Superintendencia de Servicios de Salud o Autoridad de Aplicación que en un futuro pueda designarse para aplicar valores suplementarios a la cuota en función de las patologías preexistentes que el solicitante de la afiliación declare respecto de sí o de su grupo familiar. 1. A estos efectos el solicitante se compromete a facilitar a ACCORD SALUD todos los informes y documentación que le sean requeridos a fin de constatar y/o auditar las causas o consecuencias de las enfermedades o lesiones, como así también, el esquema terapéutico para su tratamiento. 2. Examen pre-ingreso: ACCORD SALUD, además de requerir la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud y Personales, podrá solicitar un examen médico y/o bioquímico, a los efectos de evaluar el monto de la cuota de acuerdo a la patología preexistente respectiva. 3. Para aquellas prácticas y/o servicios superadores del Programa Médico Obligatorio (PMO), ACCORD SALUD se reserva el derecho de establecer períodos de acceso progresivo a las mismas (CARENCIAS). El plazo máximo a fijar para una carencia será de 12 meses corridos desde el ingreso de EL AFILIADO, salvo que por norma posterior dicha práctica se incorpore al PMO, en cuyo caso el período de carencia quedará automáticamente dejado sin efecto.-----

**SEXTA: AUMENTO POR RANGO ETARIO:** El solicitante de la afiliación que cuente con sesenta y cinco (65) años de edad al momento de solicitar el ingreso como adherente a ACCORD SALUD, o bien que alcance dicha edad una vez afiliado, antes de tener diez (10) años de antigüedad en su afiliación, deberá abonar un valor adicional, según corresponda, el cual será establecido de acuerdo a los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios.-----

**SÉPTIMA: CREDENCIALES:** Cuando ACCORD SALUD acepte el ingreso DEL AFILIADO, le entregará la Credencial, que se presentará, junto con el documento de identidad vigente y expedido por autoridad competente, cada vez que se requieran servicios contemplados en el plan del asociado. La Credencial de afiliado es intransferible. 1. EL AFILIADO recibirá las credenciales por correo en el domicilio denunciado o en su defecto podrá ser retirada personal-

mente por EL AFILIADO en la sede central de ACCORD SALUD sita en la calle Arenales N° 884 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, o en la sucursal, agencia y/o delegación que por su jurisdicción le corresponda. La credencial deberá ser reintegrada por EL AFILIADO dentro de las setenta y dos (72) horas en caso que la relación contractual con ACCORD SALUD no continúe cualquiera fuere el motivo. Dicha credencial contendrá la leyenda "Superintendencia de Servicios de Salud -Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583)- www.sssalud.gov.ar", conforme lo estipula el art. 4 Resolución N° 147/12.-----

**OCTAVA: PENALIDADES:** La adulteración y/o uso indebido de la credencial por terceros o por el propio afiliado está penado por Ley. El extravío o robo de la credencial deberá ser denunciado de inmediato por EL AFILIADO a ACCORD SALUD siendo responsable EL AFILIADO por las consecuencias que se deriven de tal omisión. El costo por la emisión, renovación y/o extravío de las credenciales tanto del titular, como así también la de alguno/s de los integrantes de su grupo familiar estarán a exclusivo cargo y costo del afiliado titular. Solo será a cargo y costo de ACCORD SALUD en caso de robo o extravío con la denuncia policial respectiva.-----

**NOVENA: CUOTA:** Como contraprestación por los servicios que ACCORD SALUD brinda a los afiliados adherentes, éstos se comprometen al pago de una cuota mensual. El valor de la cuota a abonar por EL AFILIADO y su grupo familiar, varía de acuerdo a los distintos planes médicos y a las condiciones particulares de EL AFILIADO y su grupo familiar. Se deja aclarado que el valor de la cuota estará condicionado al momento de la contratación y variará por las bonificaciones escalonadas de acuerdo al rango etario de 29, 35, 45, 55 y 60 años, como así también en función de las patologías preexistentes declaradas en la Solicitud de Ingreso. 1. Para el caso de incorporarse en adelante nuevos integrantes del grupo familiar primario, EL AFILIADO presta conformidad en este acto de abonar el adicional correspondiente al nuevo beneficiario, el que se facturará en idénticas condiciones a las expuestas en la presente cláusula. 2. Las cuotas serán mensuales y abonadas por mes adelantado con vencimiento el día quince (15) de cada mes o el día hábil inmediato posterior, a través de los medios de pago habilitados por ACCORD SALUD.-----

**DÉCIMA: RECARGO:** Las cuotas atrasadas se abonarán al precio vigente al momento de pago, con más los intereses, recargos, costos, etc., que fije ACCORD SALUD. Para el caso resultará de aplicación lo acordado en la Cláusula DÉCIMA NOVENA, en lo que se refiere a los intereses, recargos y gastos.--

**DÉCIMA PRIMERA: CUOTAS IMPAGAS:** El pago de la última cuota correspondiente al mes en curso, en modo alguno importa cancelación de las que pudiere adeudar con anterioridad, si se registrara alguna impaga. La no recepción de la facturación no exime a EL AFILIADO del pago de la cuota.-----

**DÉCIMA SEGUNDA: CONSTITUCIÓN EN MORA:** Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento que figura en el aviso de vencimiento como "Primer Vencimiento". Ante la falta de pago de tres (3) cuotas integrales y consecutivas, ACCORD SALUD comunicará a EL AFILIADO la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días hábiles. Si pasado dicho plazo, EL AFILIADO no abonare las cuotas adeudadas, ACCORD SALUD procederá a dar su baja y la de su grupo familiar en caso que lo tuviere.-----

**DÉCIMA TERCERA: CONDICIONES GENERALES Y ALCANCES DE LAS PRESTACIONES DE SALUD:** 1. Se accederá a los servicios médicos de acuerdo a lo que se establezca para cada plan en particular. ACCORD SALUD brindará las prestaciones que se consignan en la cartilla y en las condiciones particulares para cada plan, declarando EL AFILIADO conocerlas y prestando expresa conformidad con los servicios que da cuenta la misma. 2. Los profesionales y Centros de Atención a los cuales pueden acudir los afiliados serán exclusivamente aquellos incluidos en la Cartilla de Prestadores o listados de profesionales, correspondientes al plan al cual EL AFILIADO se adhiera. 3. El domicilio real de EL AFILIADO será el determinante de la jurisdicción para acceder a los servicios de la correspondiente cartilla. Los afiliados en tránsito ante la urgencia podrán requerir los servicios en cualquier otra jurisdicción sin autorización previa. 4. ACCORD SALUD no reconoce reintegros de ninguna índole, salvo supuestos expresamente contemplados en el plan contratado y con los alcances y limitaciones determinadas por ACCORD SALUD.-----

**DÉCIMA CUARTA: PRESTACIONES EXCLUIDAS:** EL AFILIADO reconoce como prestaciones excluidas, las que a continuación expresamente se describen, asumiendo en caso de efectuarse las mismas la responsabilidad de los gastos totales y/o consecuencias que de ello se generen: 1. Cualquier prestación, servicio y/o suministro no contemplado expresamente en el presente contrato y que no resulte de cobertura obligatoria para las entidades de medicina prepaga de conformidad a lo establecido en la Ley 26.682 2. Cualquier prestación o servicio y/o suministro no contemplado que no se encuentre prescripto por médicos de Accord Salud, sus centros o Sanatorios o médicos de la red prestacional. 3. Internaciones por afecciones no cubiertas por el su Plan de Accord Salud. 4. Internaciones geriátricas. 5. Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas) 6. Períodos de internación posteriores a la fehaciente notificación del Egreso Sanatorial aún cuando la internación se desarrolle en el ámbito de cualquier Sanatorio propio. 7. Periodos de Internación posteriores a la notificación fehaciente del Egreso Institucional de cualquier centro de internación de agudos o crónicos de la red prestacional de Accord Salud. 8. La extensión en la Internaciones y/o permanencia en Centro de Internación de Agudos (propio o de la red prestacional de Accord) o en un Centro de Crónicos (Rehabilitación) le serán facturados al afiliado pasadas las 24 hs de la fehaciente notificación del Egreso Sanatorial. 9. Internaciones para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de ACCORD SALUD puedan ser efectuados en forma ambulatoria. 10. Cirugía plástica no reparadora, salvo que esté expresamente contemplado en el contratado y con los alcances y limitaciones determinadas ACCORD SALUD para el plan en cuestión. 11. Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio. 12. Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina. 13. Prestaciones que no se encuentren previstas en el PMO, salvo aquellas que eventualmente prevea expresamente el plan contratado. 14. Cualquier prestación, insumo, servicio, medicamento, suministro, drogas o medicamento en fase de experimentación, orientado a la investigación o fase de prueba y/o no aprobada por la secretaria de Salud y/o autoridad de aplicación que lo reemplace. 15. Las continuidades de fármacos de ensayos clínicos aleatorizados no serán cubiertos por Accord Salud. 16. Medicamentos, fármacos o drogas que no se fabriquen o que no se comercialicen en el país incluyendo medicamentos de uso compasivo. 17. Medicamentos en esquemas terapéuticos o indicaciones no aprobados por la secretaria de Salud y/o autoridad de aplicación que lo reemplace. 18. Terapias alternativas incluyendo aquellos para patologías oncológicas o de alta morbilidad. 19. Medicamentos de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos, herboristería o recetas magistrales, ya sea en ambulatorio o en internación. 20. Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quiropraxia y cualquier otra práctica no autorizada por leyes vigentes, aún siendo realizadas por médicos con título habilitante. 21. La cobertura de los medicamentos se hará a través de genérico o biosimilar no debiendo exigirse marca comercial. 22. Medios de diagnóstico no incluidos en el Programa de garantía de calidad de atención médica de la Secretaría de salud y/o no convencionales y/o en vía experimental y/o de los que se carezca de suficiente experiencia que acredite sus resultados y/o no avalado por autoridades científica representativa. 23. Prestaciones que no se encuentran incluidas en la cobertura del Programa Médico Obligatorio (Resolución 201/02 y modificatorias) 24. Estudios Genéticos en relación al embarazo y estudios genéticos para evaluación de riesgo genético en personas que no padecen enfermedad ni síntomas. 25. Alergia: técnicas de detección, autovacunas, tratamientos antialérgicos. (Cuestionable pero presente actualmente). 26. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riña u otros previstos por la ley. 27. Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia

de la cobertura del beneficiario bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya ocurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia. 28. Cualquier tratamiento en cualquier Institución en la cual el beneficiario pudiera tener derecho a internación gratuita; cualquier servicio y/o suministros por el cual el beneficiario no tuviera esta cobertura. 29. Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), hidroterapia, curas similares, ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. 30. Cosmetología y podología. 31. Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento. 32. Material descartable de uso ambulatorio. -----

**DÉCIMA QUINTA: ALCANCES Y RECONOCIMIENTO:** EL AFILIADO reconoce expresamente que su derecho al plan contratado se limita a la utilización de los profesionales e instituciones convenidos para las prestaciones que da cuenta la cartilla y que declara conocer íntegramente, así como también de los servicios que ACCORD SALUD brinda a sus afiliados para el Plan al que se incorpora. -----

**DÉCIMA SEXTA: LIBRE ELECCIÓN DEL PROFESIONAL:** Las partes convienen que dentro de la nómina de profesionales e instituciones que da cuenta la cartilla, existe respecto de EL AFILIADO el principio de la libre elección. -----

**DÉCIMA SÉPTIMA: RESCISIÓN Y/O RESOLUCIÓN DEL CONTRATO:** Las causales que a continuación se consignan serán consideradas como meramente enunciativas, a saber: 1. EL AFILIADO podrá rescindir el contrato sin limitación, impedimento y penalidad alguna debiendo notificar fehacientemente, el acto resolutorio a ACCORD SALUD con treinta (30) días de anticipación (Art. 9 Ley 26.682). Sin perjuicio de ello, ese derecho podrá ser ejercido solamente una (1) vez por año. 2. Ante la falta de pago de tres (3) cuotas integrales, ACCORD SALUD dispondrá la baja de manera inmediata, comprendiendo ello tanto la del titular como la de su grupo familiar y/o las personas que tuviere a su cargo, conforme cláusula segunda del presente contrato. 3. La falsedad y/o adulteración y/o inexactitud y/o falta de coincidencia y/u omisión entre lo declarado e informado por EL AFILIADO en su Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares y lo efectivamente acreditado por ACCORD SALUD en uno o por alguno de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio y/o de anulabilidad de la contratación por parte de ACCORD SALUD conforme art. 9 punto 2) inc. b) Decreto 1993/11 de la Ley 26.682. Aquel beneficiario que fuere dado de baja por falseamiento podrá ingresar nuevamente en calidad de afiliado, siempre y cuando abone el valor adicional por la preexistencia acreditada por ACCORD SALUD. 4. La conducta de EL AFILIADO en su relación con ACCORD SALUD, y/o por negligencia o deliberado incumplimiento de las indicaciones de los médicos tratantes y/o de las obligaciones a su cargo, como por ejemplo la utilización fraudulenta de los servicios prestados dará derecho a ACCORD SALUD a rescindir el plan contratado sin que esto genere derecho a reclamo alguno a favor de EL AFILIADO y/o cualquier integrante de su grupo familiar. En todos los casos precedentemente indicados, una vez operada la baja, el afiliado titular y su grupo familiar deberán entregar las credenciales dentro del plazo de setenta y dos (72) horas en la sede de ACCORD SALUD sita en la calle Arenales 884 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en su defecto en la sucursal, agencia y/o delegación que corresponda de acuerdo al domicilio de EL AFILIADO. Caso contrario serán responsables por los daños y perjuicios generados por su utilización y la de terceros. -----

**DÉCIMA OCTAVA: INTERESES:** Se dispondrá la aplicación de una tasa del tres por ciento (3%) mensual de interés moratorio y compensatorio desde la fecha establecida para el primer vencimiento hasta el efectivo pago. Asimismo, las partes acuerdan que en estos casos ACCORD SALUD se reserva el derecho de reclamar los gastos administrativos y/o prestacionales generados como consecuencia del incumplimiento. -----

**DÉCIMA NOVENA: VÍA EJECUTIVA. RESERVA:** ACCORD SALUD se reserva el derecho de exigir a posteriori de la baja del plan contratado, la cancelación de las deudas que se encontraren pendientes por cuotas impagas y/u otros motivos, así como también los intereses, recargos, actualizaciones, costos y costas que pudieren corresponder. Las partes acuerdan que, en caso de deuda en el pago de las cuotas, las mismas revestirán el carácter de título ejecutivo, previa emisión del correspondiente Certificado de Deuda. -----

**VIGÉSIMA: REINCORPORACIÓN Y/O CAMBIO DE PLAN:** ACCORD SALUD podrá admitir la solicitud de reincorporación de EL AFILIADO que haya renunciado o fuera dado de baja, previo requerimiento por parte de EL AFILIADO según lo estipulado en la cláusula primera del presente contrato, debiendo completar y suscribir nuevamente la Solicitud de Ingreso conjuntamente con la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares. En el caso de baja por falta de pago, EL AFILIADO moroso que solicitare su reincorporación, podrá reincorporarse, previa cancelación total de la deuda y cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos afiliados. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte de ACCORD SALUD aplicándose en tales casos todo lo previsto en las cláusulas TERCERA, CUARTA y QUINTA. El mismo criterio y procedimiento se determinará para la aceptación de cambios de plan solicitados por los afiliados adherentes. -----

**VIGÉSIMA PRIMERA: MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES:** ACCORD SALUD se reserva el derecho de modificar los planes médicos y/o la nómina de prestadores y prestaciones incluidos en la cartilla, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura, ni en desmedro de la calidad de los servicios contratados. Además, se reserva el derecho de modificar los valores de las cuotas y/o de los coseguros en caso de existir (aranceles complementarios) y/o incluir coseguros en prestaciones y/o en planes que no lo tuvieran contemplado originariamente, con la debida autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud. -----

**VIGÉSIMA SEGUNDA: FALLECIMIENTO DEL AFILIADO TITULAR:** En caso de fallecimiento del afiliado titular, ACCORD SALUD garantizará a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) durante un período de dos (2) meses, contados desde su fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno, conforme lo contemplado en el art. 13 del Decreto Reglamentario 1993/2011 de la Ley 26.682. -----

**VIGÉSIMA TERCERA: COMUNICACIONES:** Las comunicaciones a EL AFILIADO referidas a las condiciones de atención y cambios dentro de los planes, deberán llevarse a cabo con treinta (30) días de anticipación a través de publicaciones en boletines informativos y/o vía e-mail y/o cualquier otro medio a opción de ACCORD SALUD, tomándose las mismas como válidas, prestando EL AFILIADO conformidad con dicho medio de comunicación, resultando las mismas plenamente válidas y fehacientes. -----

**VIGÉSIMA CUARTA: SUBROGACIÓN:** Las partes acuerdan que para el supuesto e hipotético caso de que ACCORD SALUD brinde prestaciones médico-asistenciales como consecuencia de accidentes de trabajo, accidentes de tránsito, y/o aquellas derivadas de los riesgos del trabajo y/o aquellas que pudieren generar el derecho a recuperar las sumas erogadas por ACCORD SALUD de un tercero, EL AFILIADO realizará la cesión a favor de ACCORD SALUD hasta el límite de lo abonado por esta última a raíz de las prestaciones brindadas, debiendo suscribir el afiliado la documentación que ACCORD SALUD le requiera. -----

**VIGÉSIMA QUINTA: CONFIDENCIALIDAD Y AUTORIZACIÓN:** Las condiciones y términos de este Contrato serán considerados confidenciales y no serán divulgados, a excepción de requerimiento de una entidad gubernamental o un Tribunal, pudiendo ACCORD SALUD ceder o transferir a terceros los datos personales que figuran en la solicitud, en los términos y con los alcances dispuestos en la Ley N° 25.326 y su modificatoria N° 26.343. En consecuencia, EL AFILIADO y los miembros de su grupo familiar autorizan a ACCORD SALUD a brindar los datos previstos en el artículo 5, párrafo de la Ley N° 25.326 y concordantes a fin de recibir información relativa a los distintos servicios o productos ofrecidos por ellas. -----

**VIGÉSIMA QUINTA bis: HABEAS DATA:** EL AFILIADO, en su carácter de titular de los datos (en caso de ser menor de edad, padre, madre o tutor) presta su consentimiento para que ACCORD SALUD en su carácter de responsable del banco de datos, efectúe el tratamiento de los datos personales que declara en este CONTRATO y todos los que declare a futuro en función de lo establecido en el presente conforme a las especificaciones que a continuación se detallan: 1. Los datos serán tratados con la exclusiva finalidad de poner en práctica el proceso de atención sanitaria, y sólo serán cedidos a los prestadores de ACCORD SALUD y a los terceros que ACCORD SALUD considere necesarios para el cumplimiento de dicha finalidad. 2. Los datos serán archivados en los Bancos de Datos de ACCORD SALUD, de carácter electrónico, de su titularidad. 3. Los datos deberán ser facilitados con carácter obligatorio, por cuanto es imprescindible identificar fehacientemente al titular, para asegurar el correcto proceso de atención de su Salud. 4. La negativa a facilitar los datos o la inexactitud de los datos que brinde su titular podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de su atención sanitaria. 5. El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante el Responsable del Banco de Datos. La supresión no procede cuando pudiese causar perjuicios a derechos o intereses legítimos de terceros, o cuando existiera una obligación legal de conservar los datos (art. 16 inc. 5 ley 25.326). 6. En cumplimiento de la Disposición N° 10/08 de la DNPDP, le hacemos saber que "el titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326" y que "LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre la protección de datos personales".-----

**VIGÉSIMA SEXTA: ASISTENCIA AL VIAJERO:** Para el supuesto caso que de acuerdo al Plan se incluyera la cobertura de asistencia al viajero en viajes en el ámbito internacional, ACCORD SALUD se reserva el derecho de efectuar la contratación de la empresa, quedando sometidos los beneficiarios a las condiciones generales de suscripción con la empresa motivo de contratación. En todos los casos queda claro que ACCORD SALUD no brinda cobertura en el exterior y que la prestación del servicio estará condicionada exclusivamente a los límites, características y condiciones que establezca la empresa prestadora del servicio de asistencia al viajero, no teniendo EL AFILIADO derecho a efectuar a ACCORD SALUD reclamo de ninguna naturaleza. -----

**VIGÉSIMA SÉPTIMA: DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO:** La Solicitud de Ingreso, la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares, la cartilla prestacional que es entregada en este acto por ACCORD SALUD y recibida de plena conformidad por parte de EL AFILIADO y en caso de corresponder, según el plan las condiciones generales del servicio de Asistencia al Viajero. Queda expresamente establecido que la incorporación como contratante al sistema implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, y en el presente Contrato, que regirán las relaciones entre ACCORD SALUD por un lado, y EL AFILIADO, su grupo familiar, y las personas que a posteriori pudiesen incorporarse al mismo, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia. -----

**VIGÉSIMA OCTAVA: INTERPRETACIÓN:** Para la interpretación de la terminología empleada en el presente contrato y de los aranceles de cobertura, se aplicarán supletoriamente las disposiciones de los Nomencladores Nacionales de prestaciones médico-sanatoriales, bioquímicas y odontológicas y/o las que las reemplacen en el futuro. -----

**VIGÉSIMA NOVENA: JURISDICCIÓN APLICABLE:** Las partes acuerdan la jurisdicción de los tribunales federales del lugar de suscripción del presente contrato renunciando a todo otro fuero o jurisdicción que pudiese corresponder.-----

**TRIGÉSIMA: INFORMACIÓN:** Se hace saber que EL AFILIADO podrá contar gratuitamente con el asesoramiento de los organismos gubernamentales que seguidamente se detallan: SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD: Tel: 0800-222-72583, con domicilio en la Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: Tel: 54-11- 4379-9000, con domicilio en la Av. 9 de Julio 1928, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. -----

**TRIGÉSIMA PRIMERA: ACEPTACIÓN:** El abajo firmante y su grupo familiar, se suscriben al PLAN 1.5, declarando conocer las características, prestaciones, servicios, modalidades y/o condiciones establecidas para el mismo. Previa lectura, EL AFILIADO declara conocer y se compromete a observar el presente Contrato en todas sus partes y se responsabiliza por sí y su grupo familiar a cargo ante ACCORD SALUD.-----

En señal de plena conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto en la Ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, -----

Firma Afiliado Titular:

Aclaración de Firma:

Tipo y N° de Documento: