

INTRODUCCIÓN

El presente Reglamento General, contiene las condiciones generales de asociación y de cobertura médica contratada como así también los derechos y obligaciones de las partes del presente contrato, en adelante el Reglamento, que regirán durante la vigencia del mismo. Integran este Reglamento las Condiciones Particulares, la Declaración Jurada de Salud, el Cuadro de Cobertura del Plan elegido, la Tabla de incremento de precios por edades y la cartilla médica del Plan.

CONDICIONES DE INGRESO. ENTRADA EN VIGENCIA DEL CONTRATO

Podrá ingresar a CONSOLIDAR SALUD toda persona mayor de 21 años o menor emancipado y hasta los 64 años inclusive.

Los menores de edad mayores de 18 años podrán ser aceptados en calidad de beneficiarios independientes acompañando a la solicitud de ingreso, una autorización escrita y firmada por los padres o representante legal para que el menor sea objeto de atención médica, intervenciones quirúrgicas y cualquier otra prestación por parte de los profesionales y entidades adheridas a CONSOLIDAR SALUD haciéndose además responsable de las obligaciones del menor frente a CONSOLIDAR SALUD.

El firmante de la Solicitud de Ingreso, ya sea una persona física o jurídica, legalmente capaz, en adelante denominado el TOMADOR, asume la figura de parte contratante de la cobertura, y será principal pagador y solidariamente responsable de las obligaciones descriptas en el contrato, tanto por las consecuencias de sus propios actos u omisiones como por las que correspondan al grupo asociado sea o no integrante del mismo y no podrá aducir ignorancia como eximente de responsabilidad.

Asimismo el TITULAR del grupo como beneficiario del servicio, responsable y representante del grupo familiar asociado al que pertenece, asumirá las obligaciones establecidas en el presente contrato conjuntamente con el TOMADOR.

Se deberá completar una "Solicitud de Ingreso" en la que figurarán los datos personales del TOMADOR Y/O TITULAR y su grupo familiar, firmando éste, de puño y letra. Dicha solicitud constituye una expresa voluntad de adhesión y estará acompañada por la Documentación que se solicite y de una "Declaración Jurada de Salud" en la cual deberá consignar todo antecedente médico: síntomas, enfermedades, operaciones, embarazos y partos, accidentes y secuelas; tratamientos farmacológicos u otros, actuales y recientes; y cualquier otro antecedente relacionado con la salud del TITULAR y todos y cada uno de los integrantes del grupo familiar que tengan implicancias médicas. El TOMADOR Y/O TITULAR será responsable solidario de todo lo declarado e informado o lo dejado de informar por él y el grupo

NORMAS GENERALES

- Modificaciones del Grupo Familiar

En caso de producirse cualquier modificación del grupo familiar (altas/bajas/modificaciones, etc), el ASOCIADO TITULAR será el único autorizado para comunicarla, mediante la "Solicitud de Modificaciones" dentro de los 15 (quince) días de acaecido el hecho. Toda modificación estará sujeta a las mismas condiciones de admisión.

Todo recién nacido durante la vigencia del contrato cuya madre esté asociada, deberá ser incorporado al grupo familiar dentro de los 30 días de producido el nacimiento. Vencido este plazo CONSOLIDAR SALUD se reserva el derecho de admisión. En éste y en todos los demás casos de incorporación de un recién nacido, la misma se regirá por las normas y reglas generales de Admisión. El trámite de afiliación del recién nacido es responsabilidad exclusiva del padre, madre o tutor según corresponda.

Los integrantes del grupo familiar que contrajeran matrimonio deberán para conservar su antigüedad, asociarse como nuevo grupo familiar.

Todos los beneficios en relación con maternidad rigen exclusivamente para el titular o cónyuge del titular que figure como tal en la solicitud de ingreso. Las mujeres no comprendidas en el párrafo anterior, tendrán la cobertura del PMO básico.

- Modificación de la cuota mensual:

CONSOLIDAR SALUD podrá aumentar los precios de sus cuotas de cobertura médica y/o coseguros o copagos y/o incluir coseguros en prestaciones y/o planes que no lo contemplen inicialmente cuando se presenten incrementos de costos y/o servicios y/o incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos, prestaciones y/o prestadores y/o incrementos de impuestos, tasas y servicios y/o incrementos salariales y de honorarios profesionales o asistenciales, entre otras causas, a fin de mantener el equilibrio inicial entre las partes del contrato

Dicha modificación será comunicada por CONSOLIDAR SALUD a sus asociados con 60 días de antelación a su entrada vigencia.

El tomador / titular que no acepte el incremento de la cuota y/o copago podrá dentro de dicho plazo de preaviso rescindir el contrato sin costo adicional alguno comunicándolo por escrito.

La modificación de las condiciones de los Asociados y/o de su grupo familiar que implique un cambio de categoría (casamiento, nacimiento, cambio de edad, etc.) facultará a CONSOLIDAR SALUD a incluir automáticamente en la nueva categoría que correspondiese, rigiendo el nuevo precio a par-

CONSOLIDAR SALUD presenta distintos planes, todos ellos de alta calidad, superadores del Programa Médico Obligatorio (PMO) ya sea en tanto a su calidad, extensión o limitación de cobertura médica.

CONSOLIDAR SALUD brindará cobertura en el ámbito geográfico descripto en las cartillas correspondientes a cada plan dentro del territorio de la República Argentina.

familiar ante CONSOLIDAR SALUD y deberá facilitar los informes o elementos que le sean solicitados, a fin de aclarar las causas o consecuencias sobre lo declarado. El Asociado y/o beneficiario releva del secreto profesional a los médicos que lo han asistido y lo asistan y presta conformidad para que sean exhibidas a CONSOLIDAR SALUD y/o a los profesionales y/o instituciones médicas a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas y las de los integrantes de su grupo familiar así como también todos los antecedentes y documentos relacionados con la ejecución de las prestaciones a cargo de CONSOLIDAR SALUD.

El Asociado deberá constituir su domicilio en la Solicitud de Incorporación y comunicar a CONSOLIDAR SALUD, en forma fehaciente y por escrito, cualquier cambio en el mismo; en caso contrario, se considerarán válidas todas las comunicaciones cursadas al último domicilio denunciado.

En base a estos datos CONSOLIDAR SALUD podrá aceptar o rechazar la solicitud de asociación e incorporación a ella, desde la presentación de la " Solicitud de Ingreso", total o parcialmente, del titular y su grupo familiar.

Si incurriera en falsedades; retención u ocultamiento, por cualquier motivo de la información médica requerida CONSOLIDAR SALUD podrá declarar nulo el convenio, mediando comunicación fehaciente al asociado.

En caso de no mediar una aceptación expresa de la " Solicitud de Ingreso", dentro del término de 30 días desde la fecha de suscripción a CONSOLIDAR SALUD, se considerará que ha sido rechazada. Asimismo, y durante igual lapso, el firmante de la Solicitud de Ingreso podrá dejar sin efecto la misma mediando comunicación fehaciente, sin costo alguno. Dicha rescisión del contrato no implica liberación alguna del pago, respecto de las cuotas adeudadas ni de los gastos incurridos por prestaciones médicas.

Una vez aceptado el ingreso, el contrato entrará en vigencia a partir de la recepción de las credenciales de CONSOLIDAR SALUD junto con la cartilla médica y la correspondiente factura, condicionado al pago de la primera cuota dentro de su vencimiento.

tir del primer día del mes en que se produjo la modificación.

-Aumento de cuota por cambio de categoría:

Las cuotas mensuales se fijarán en función del plan y de la edad de cada asociado. Cuando un asociado por su edad cambie de nivel tarifario, CONSOLIDAR SALUD operará el correspondiente ajuste de su tarifa. Esta modificación de la tarifa tiene como motivo la existencia de cálculos actuariales que señalan la lógica correlación entre la edad y las necesidades de atención médica.

CONSOLIDAR SALUD podrá efectuar aumentos de hasta un 50% en la cuota de acuerdo a la edad y plan de cobertura elegido, cada cinco años y siempre en relación al precio anterior y automáticamente al cumplirse la edad estipulada.

- Modificación de la cobertura:

CONSOLIDAR SALUD se reserva el derecho a modificar total o parcialmente los beneficios de sus planes asistenciales, con el compromiso de no afectar el equilibrio entre las partes y manteniendo los niveles de calidad médica contratados, para lo cual deberá comunicar previamente a sus asociados con 60 días de anticipación.

- Listado de profesionales:

CONSOLIDAR SALUD podrá modificar el listado de sus profesionales, así como su domicilio profesional, teléfono y horario de atención, debiendo comunicarlo a sus afiliados por cualquier medio, inclusive a través de los boletines informativos emitidos periódicamente y remitidos a sus asociados.

Las modificaciones mencionadas podrán responder, entre otras causas, a incrementos de costos y/o servicios, alta o baja de tecnologías y/o prestaciones, extinción de contratos, cierre, muerte, insolvencia, concurso, etc. de los prestadores.

El tomador / titular que no acepte las mismas podrá rescindir el contrato sin costo adicional alguno comunicándolo por escrito.

- Solicitud de cambio de plan de cobertura:

Los asociados podrán solicitar el Cambio de Plan que hubieren elegido por otro que les resulte más adecuado solamente en cada aniversario del inicio de vigencia de su cobertura y habiendo permanecido al menos 11 meses en el plan contratado al ingreso. En tal caso deberán solicitar la modificación de plan con (30) treinta días de anticipación y entrarán en vigencia el primer día hábil del mes correspondiente. Los beneficiarios que efectuasen modificaciones en sus planes, a uno superior al que actual-

mente poseen, se verán sujetos a los tiempos de espera, exclusiones y limitaciones que les fije CONSOLIDAR SALUD para las coberturas y prestadores adicionales del nuevo plan. Los cambios de planes, implican un nuevo contrato, por lo que deberán ser solicitados por el Tomador / Titular quedando sujetos a la aprobación de CONSOLIDAR SALUD, sin mediar expresión de causa..

- Pago de la cuota:

El pago de los servicios facturados por CONSOLIDAR SALUD al Asociado se efectuará de conformidad a la modalidad establecida en la Solicitud de Ingreso. Debido a que se trata de un servicio prepago, el mismo deberá abonarse por adelantado hasta las fechas de vencimiento indicadas en la factura o subsiguiente hábil si fuera feriado, con los respectivos incrementos. La no recepción o recepción fuera de término de la factura no exime al Asociado de su obligación de pago en término. No se admitirán pagos parciales y/o proporcionales.

- Mora:

La falta de pago en término del precio total o parcial de una cuota del plan contratado hará incurrir al asociado en mora automática y de pleno derecho sin necesidad de interpelación previa alguna. CONSOLIDAR SALUD quedará facultada para aplicar un interés compensatorio y punitivo y/o disponer la suspensión automática de la cobertura de todas las prestaciones vigentes a partir de la hora cero del día siguiente al vencimiento, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes para obtener su cobro. De persistir la mora total o parcial de las facturas de servicios durante 30 días del primer vencimiento impago, CONSOLIDAR SALUD se encontrará facultada a dar de baja al asociado

ALCANCE DE LA COBERTURA MEDICA

CONSOLIDAR SALUD cubrirá solamente las especialidades y prestaciones reconocidas por el Ministerio de Salud; las Sociedades Científicas reconocidas; los medicamentos, materiales descartables, prótesis e implantes; ortesis que cuenten con certificado de habilitación para su uso y comercialización expedido por el ANMAT. Las prestaciones médico asistenciales, bioquímicas y odontológicas detalladas en el catálogo de prestaciones del P.M.O. - Programa Médico Obligatorio y/o la norma que la reemplace vigente al momento de ser requerida y dentro de las condiciones generales, particulares y alcances establecidas en la misma para las entidades de Medicina Prepaga, y las incorporadas en el cuadro de beneficios del plan de asociación, en las condiciones que el plan determina.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

Quedan excluidos de la cobertura de CONSOLIDAR SALUD:

- Intoxicación voluntaria
- Lesiones causadas en estado de enajenación mental manifiesta o por abuso de drogas o alcohol, o por prácticas ilegales y sus secuelas.
- Los accidentes de tránsito, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y todas aquellas enfermedades, o accidentes cuya cobertura deba ser brindada o soportada económicamente por terceros legal o civilmente responsables.
- Lesiones o enfermedades provocadas por energía atómica, guerra, motines, acciones subversivas, riñas, tumulto popular, lock-out y/o terrorismo, etc. y las causadas por fenómenos sísmicos, inundaciones y otros fenómenos naturales de carácter catastrófico o epidémicos.
- Las Prácticas experimentales, entendiéndose por tales aquellas cuya eficacia científica no se encuentre debidamente comprobada por la ciencia médica.
- Las Prácticas penadas por la Ley.
- Los análisis, estudios, tratamientos y/o procedimientos técnico o quirúrgicos tanto in vitro como in vivo, vinculados a la esterilidad y fertilidad, inseminación artificial, fertilización asistida en cualquiera de sus formas.
- Internaciones por patologías que puedan resolverse ambulatoriamente.
- La contracepción.
- Reintegro de gastos de medicamentos.
- Reintegro de gastos por prestaciones de Salud Mental, salvo los planes que expresamente así lo establezcan.
- Reintegros por prácticas diagnósticas o terapéuticas efectuadas en o por los prestadores de cartilla.
- Necropsias.
- Los Accidentes producidos por participar como conductor o acompañante en pruebas de velocidad, deportes de riesgo y/o no recreativos y/o profesionales u organizados por entidades de cualquier nivel y/o deportes de alta competencia o en cualquiera otra actividad donde resulte evidente que el asociado sin necesidad pusiere su integridad física en peligro.
- Los accidentes producidos por conducir en estado de ebriedad, o no estando habilitado legalmente para ello por autoridad competente.
- El Tratamiento de enfermedades o accidentes provocados por la administración deliberada de tóxicos, narcóticos, o medicamentos sin prescripción médica o con indebida utilización de su prescripción.
- Lesiones o afecciones provenientes de violaciones cometidas por el aso-

ciado a Leyes Nacionales, Provinciales u Ordenanzas Municipales.

en forma automática, sin necesidad de notificación previa. CONSOLIDAR SALUD se reserva la facultad de no permitir la reincorporación del asociado que cancele la totalidad de su deuda. En caso de que CONSOLIDAR SALUD acepte la reincorporación del mismo éste deberá abonar la totalidad de los importes adeudados, sus intereses y gastos administrativos correspondientes y las cuotas entre la fecha de baja y la de alta a fin de mantener la antigüedad. Deberá suscribir un nuevo Cuestionario de Salud por el grupo familiar a asociar, CONSOLIDAR SALUD considerará tal ingreso como un alta nueva. En ningún caso CONSOLIDAR SALUD se hará cargo de las prestaciones requeridas o utilizadas durante el periodo de mora o como consecuencia de patologías preexistentes. En aquellos supuestos en que la incorporación a un plan de CONSOLIDAR SALUD se haya realizado con motivo de la afiliación del titular o beneficiario a una entidad, empresa u Obra Social, a la cual CONSOLIDAR SALUD brinde sus servicios, la falta de pago de los servicios contratados por tales entidades y/o del suplemento voluntario a cargo del beneficiario titular lo hará incurrir en mora automática y de pleno derecho sin necesidad de interpelación previa; resultando de aplicación las facultades de CONSOLIDAR SALUD y consecuencias previstas en los párrafos precedentes

- Cobertura del PMO (Programa Médico Obligatorio):

Toda vez que el asociado requiera médicamente de una prestación incluida en el PMO, sus modificatorias y/o ampliatorias, deberá requerir autorización a CONSOLIDAR SALUD con anterioridad al inicio de la práctica y/o tratamiento. La cobertura PMO será brindada por los profesionales y/o entidades habilitadas expresamente al efecto en todas las especialidades, aun en los planes abiertos, exclusivamente por derivación de CONSOLIDAR SALUD.

Las prestaciones incorporadas a la cobertura por imperio de la Resolución 247/96 M.S.A.S. y sus modificatorias y/o ampliatorias, aplicables a las empresas de Medicina Prepaga por la Ley 24.754, serán brindadas a los beneficiarios exclusivamente en los servicios asistenciales y bajo las modalidades que en cada caso determine la Auditoría Médica de CONSOLIDAR SALUD.

CONSOLIDAR SALUD no se halla obligada a la cobertura de prestaciones sociales, educacionales, y otras complementarias a las médicas, que no se encuentren taxativamente definidas por las normas vigentes para las empresas de Medicina Prepaga.

ciado a Leyes Nacionales, Provinciales u Ordenanzas Municipales.

- Prácticas no reconocidas por el Ministerio de Salud y Acción Social, prácticas terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentran avaladas internacionalmente.
- Acupuntura. Homeopatía. Quiropraxia. Podología. Salvo lo dispuesto en su caso en las condiciones particulares de cobertura y/o en el plan contratado.
- Enfermedades y/o lesiones preexistentes a la fecha de ingreso. Afecciones congénitas, a excepción de los asociados nacidos dentro de CONSOLIDAR SALUD
- Cirugía Plástica y todo tratamiento con fines estéticos. Cirugías plástica reparadora consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de ingreso a CONSOLIDAR SALUD. Toda prestación o patología que se presente como consecuencia de una cirugía reparadora y/o estética realizada con anterioridad a su ingreso a CONSOLIDAR SALUD o durante la vigencia de su asociación cuando dichas intervenciones se encontraran excluidas.
- La cirugía refractiva. Salvo los planes que expresamente así lo establezcan
- Todas aquellas prestaciones que estuvieran a cargo de la obra social o entidad a través de la cual el asociado y/o beneficiario contratará los servicios que ofrece la red de prestadores de CONSOLIDAR SALUD, todo ello de conformidad a lo acordado con dichas obras sociales y/o entidades. (material radiactivo, prótesis de colocación interna medicación oncológica, anti HIV, etc)
- Todas aquellas prestaciones no cubiertas conforme al plan contratado.
- Internaciones en establecimientos geriátricos, Internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Cosmetología y podología; objetos para el confort personal de cualquier tipo, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares.
- 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.
- Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación.
- Estudios genéticos con relación al embarazo.
- Internaciones posteriores al alta médica.
- Gastos extras dentro o fuera de la internación (acompañantes, enfermería, plasma y sangre, factores hematológicos, medios de contraste, películas, etc.).
- Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento.

ENFERMEDADES, ACCIDENTES Y AFECCIONES PROVOCADAS POR TERCEROS RESPONSABLES

Cuando el asociado haya utilizado la cobertura de CONSOLIDAR SALUD por causa de enfermedades, accidentes, o hechos que afecten de cualquier modo su salud, causados o provocados por terceros legal o civilmente responsables de brindar o soportar económicamente la cobertura médica, tratándose de hechos excluidos de la cobertura contratada, ésta será brindada en forma condicional, hasta tanto el tercero responsable se haga cargo de la misma.

A tal efecto el asociado titular y/o familiar directo y/o dependientes y/o

derecho habientes deberán subrogar a favor de CONSOLIDAR SALUD los derechos y acciones que correspondan contra dicho tercero responsable a efectos de obtener el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia médica del asociado.

En caso de negativa u omisión al deber de información y colaboración de las circunstancias y hechos descriptos, se excluirá de cobertura a todos los gastos derivados de la atención de las consecuencias del hecho dañoso, los que deberán ser soportados directamente por el asociado.

ASOCIACIONES A TRAVES DE EMPRESAS

Los asociados que se incorporen a CONSOLIDAR SALUD como consecuencia de convenios corporativos celebrados con Empresas, mantendrán su condición de tales hasta tanto la Empresa a través de la cual se ha incorporado comuniquen en forma fehaciente la baja del mismo o bien finalice la vigencia del convenio corporativo mencionado.

· El asociado que así lo desee tendrá derecho a continuar como beneficiario directo o particular, en uno de los planes y valores vigentes para la venta,

siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos: No se encuentre en mora respecto de las obligaciones a su cargo al momento de la baja.

· Haya sido beneficiario por un período no inferior a dos años consecutivos en CONSOLIDAR SALUD.

· Notifique a CONSOLIDAR SALUD en forma fehaciente su voluntad de continuar como asociado directo en un plazo no mayor a 30 días de producida la baja del servicio.

AFILIADOS A TRAVES DE OBRAS SOCIALES (LEY 23660/23661)

Los afiliados que se incorporen o aquellos que siendo ya asociados adhieran al Sistema de Libre Elección de Obras Sociales previsto en el Dto. 1141/96, sus modificatorios y/o ampliatorios, se regirán de conformidad a las pautas establecidas en el siguiente apartado, las cuales prevalecen por sobre lo dispuesto en las restantes cláusulas en tanto se opongan a las presentes.

La cobertura de enfermedades preexistentes y/o preexistencias, será brindada exclusivamente por derivación de CONSOLIDAR SALUD y/o de la Obra Social a la que se encuentra afiliado, a los profesionales y/o entidades habilitadas expresamente al efecto en todas las especialidades, aún en los planes abiertos.

CONSOLIDAR SALUD mantendrá los descuentos practicados sobre el valor de la cuota solamente en el caso que los aportes y contribuciones recibidos por la Obra Social a través de la cual el asociado haya optado para derivar sus aportes a CONSOLIDAR SALUD sean efectivamente percibidos por ésta última. El valor del descuento mensual estará en función del acuerdo vigente entre CONSOLIDAR SALUD y la Obra Social elegida por el titular/tomador, siendo el mismo equivalente al porcentaje de aportes y contribuciones que, en concepto de contraprestación por la cobertura de salud a otorgar, dicha Obra Social abone efectivamente a CONSOLIDAR SALUD para el financiamiento de las prestaciones a su cargo. El asociado podrá solicitar la revisión y/o modificación de los aportes (consignados en el formulario al momento de la suscripción), a partir del cuarto mes de cobertura y con una periodicidad mínima de seis (6) meses.

El saldo de aportes no es disponible ni estará sujeto a reintegro de ningún tipo.

Dadas las características propias del sistema de medicina prepaga - pago adelantado - y del Régimen de Obras Sociales - aporte a mes vencido -, el descuento derivado de la efectiva acreditación de los aportes se producirá en un período posterior al correspondiente al de devengamiento de los mismos sin que ello signifique reconocimiento alguno respecto del eventual diferimiento de la fecha de vencimiento de las cuotas, las que mantienen su condición de pago adelantado.

CONSOLIDAR SALUD no reconocerá reclamo alguno respecto del monto y/o demora en la aplicación de los descuentos originados en la derivación de aportes y contribuciones en virtud que la correcta y oportuna recepción de los mismos dependen del Empleador, la Superintendencia de Servicios de Salud, el ANSES, la AFIP y finalmente de la Obra Social elegida por el afiliado.

La aplicación de descuentos como consecuencia de la derivación parcial de aportes y contribuciones del Régimen de Seguridad Social no implica modificación alguna respecto de las condiciones de cobertura y demás beneficios contemplados en el plan, así como tampoco los emergentes de las obligaciones del asociado respecto del pago en término de sus cuotas y la potestad de CONSOLIDAR SALUD de condicionar y/o cancelar la prestación de servicios a su cargo ante la morosidad en el pago de las cuotas, las que se regirán de acuerdo con lo establecido en presente Reglamento General.

RESCISIÓN SIN CAUSA DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASOCIADO:

La solicitud de baja o renuncia o fallecimiento del asociado TITULAR implica la baja de todos los beneficiarios dependientes o de su grupo familiar. En ambos casos, se podrá solicitar la continuación de la cobertura para el resto del grupo previamente asociado, siendo en tal caso el cónyuge superviviente o en su defecto él o los asociados mayores de edad incorporados al grupo, responsables como continuadores del TITULAR de la Cobertura, de todas las obligaciones que le correspondían como tal. La aceptación de la continuación de los beneficiarios quedará a criterio de CONSOLIDAR SALUD, pudiendo ésta rechazar la misma sin expresión de causa.

La baja deberá ser notificada por el TITULAR de forma fehaciente y por escrito a CONSOLIDAR SALUD con 30 días de anticipación como mínimo y se tomará a partir del inicio del mes siguiente, debiendo devolver inmediata-

mente las credenciales de socio de él y de todo el grupo asociado. En ningún caso la baja podrá ser efectuada en forma retroactiva. Dicha resolución del contrato no implica liberación alguna respecto de las cuotas adeudadas ni de los gastos incurridos por prestaciones médicas en curso a esa fecha que CONSOLIDAR SALUD estuviese cubriendo.

Cuando el TITULAR de la Cobertura solicite bajas parciales en su grupo asociado, CONSOLIDAR SALUD podrá aceptar o rechazar tales bajas, en cuyo caso el Tomador/Titular podrá optar por rescindir el contrato para la totalidad de sus integrantes sin costo adicional alguno. Dicha resolución del contrato no implica liberación alguna respecto de las cuotas adeudadas ni de los gastos incurridos por prestaciones médicas en curso a esa fecha que CONSOLIDAR SALUD estuviese cubriendo.

RESOLUCION DEL CONTRATO POR JUSTA CAUSA:

Serán causales de resolución del contrato por justa causa los siguientes incumplimientos de los asociados, los cuales provocarán la suspensión automáticamente de la cobertura y/o la de baja a todo el grupo asociado según decida, de CONSOLIDAR SALUD:

- Falta de pago en término de la cuota.
- Comprobación de simulaciones o fraudes en la utilización de los servicios, y/o en la documentación de reintegros.
- Falseamiento, ocultación u omisión de datos en la · Solicitud de Ingreso ·

d) Incumplimiento de las obligaciones asumidas en el presente Reglamento General como así también de las condiciones particulares pactadas.

e) Trato agravante u ofensivo de palabra o de hecho al personal y/o profesionales adheridos a Consolidar Salud, aunque no mediare reiteración.

f) Reiterada inasistencia a citas y entrevistas concertadas con personal o profesionales de Consolidar Salud o de su cartilla.

g) Falseamiento, ocultación u omisión de datos en la Declaración Jurada de Salud.

En todos los casos y como requisito indispensable, el Adherente deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas.

En mi carácter de TITULAR/TOMADOR de la Cobertura, declaro haber recibido y aceptar de conformidad todas las normas contractuales especifica-

das precedentemente incluyendo el presente Reglamento General, Condiciones Particulares, Cartilla y Prestadores, Cuadro de Beneficios con Tarifario, y Tabla de Incremento de Precios por Edades, habiéndome sido explicados todos sus términos e implicancias.

La Dirección General de Defensa y Protección del Consumidor del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sita en la calle Esmeralda 340, Teléfono 088-999-2727, brinda asesoramiento gratuito sobre el objeto de la presente contratación, pudiéndose radicar ante ella las denuncias sobre eventuales incumplimientos contractuales" - Ley 1227 del GCBA, y Disposición N° 1886-DGDyPC-2008-

(* Cuando se hace mención al nombre " Consolidar Salud" se debe entender que refiere a "CS Salud S.A"