

SOLICITUD DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

Padres e hijos mayores de 25 años de afiliados/as

<input type="checkbox"/> ASISMED SAN ROQUE S.A.	<input type="checkbox"/> SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.
<input type="checkbox"/> Inclusión <input type="checkbox"/> Exclusión	<input type="checkbox"/> Inclusión <input type="checkbox"/> Exclusión

Señores: CAJA PARAGUAYA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL DE LA ITAIPU BINACIONAL

Presente

Solicito la inclusión exclusión en el/del SEGURO MÉDICO PRE PAGO - PLAN PREMIUM, que la ITAIPU contrata a los beneficiarios del Programa de Asistencia Médica y Hospitalaria PAMHO MD de ASISMED SAN ROQUE S.A. y SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A., a mis dependientes (Padres e hijos mayores de 25 años) cuya nómina se describe a continuación:

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento	Edad	C.I. Nº	Parentesco

2. AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO DE HABERES

Autorizo a la CAJUBI a descontar de mis haberes el valor correspondiente del costo mensual del Seguro Médico contratado para cada uno de mis dependientes.

3. ACLARACIÓN

Dejo constancia de estar en conocimiento que el monto a ser descontado mensualmente de mis haberes por cada uno de mis dependientes discriminados en el presente formulario, es en concepto de servicios médicos y hospitalarios, limitándose exclusivamente hasta la cobertura establecida en el PLAN PREMIUM contratado por la ITAIPU a los beneficiarios del PAMHO MD.

En consecuencia, la CAJUBI y la ITAIPU no tiene ninguna responsabilidad con respecto a los servicios/gastos adicionales no cubiertos por el referido Plan, por los cuales asumo la responsabilidad de abonarlos directamente a ASISMED SAN ROQUE o SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A. en el momento de la presentación de los servicios o del alta médica del mismo.

De la carencia de los servicios especificados seguidamente, a partir de la fecha de inclusión: maternidad 240 días, cirugías programadas y tratamiento clínico o quirúrgico de patologías preexistentes 90 días.

4. DATOS DEL AFILIADO / A

Nombres y Apellidos:				Matrícula:
Sede:	Teléfono:	Celular:	Celular:	Celular:

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma del afiliado / a

5. DOCUMENTOS ANEXADOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia del Certificado de Nacimiento del Hijo/a, Hijastro/a, Menor Bajo
Guarda para fines de adopción, Tutelado/a | <input type="checkbox"/> Resolución Judicial de Guarda para fines de Adopción |
| <input type="checkbox"/> Copia del certificado de Nacimiento del titular (p/inclusión de padres) | <input type="checkbox"/> Resolución Judicial de Tutela |
| <input type="checkbox"/> Copia de Cédula de Identidad Civil del asegurado | <input type="checkbox"/> Copia de Cédula de Identidad Civil del Titular Afiliado/a |
| | <input type="checkbox"/> Otros: |

6. GESTIÓN DE LA CAJUBI