

ASISMED SAN ROQUE S.A.
 SANATORIO MIGONE BATTILANA S.A.
 Inclusión

 Exclusión

 Inclusión

 Exclusión

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

Presente

 Solicito la inclusión exclusión en el/del SEGURO MEDICO 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:				Matricula:
Sede:	Teléfono:	Celular:	Celular:	Celular:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del afiliado / a

5. DOCUMENTOS ANEXADOS

 Certificado de Nacimiento del Hijo/a, Hijastro/a, Menor Bajo

Guarda para fines de adopción, Tutelado/a

 Certificado de Nacimiento del titular (p/inclusión de padres)

 Cédula de Identidad Civil del asegurado

 Resolución Judicial de Guarda para fines de Adopción

 Resolución Judicial de Tutela

 Otros:

6. GESTIÓN DE LA CAJUBI