

CONTRATO DE ADHESION
VIGENCIA 1/10/2024 - 30/09/2025

Nº

Entre SAIP Cooperativa de Seguros y el socio, luego indicado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las Condiciones Particulares y Condiciones Generales de la Póliza 2024-2025 que se anexan y forman parte del presente.
Si el contenido de la póliza difiere de la propuesta realizada al contratar el seguro, el afiliado podrá reclamar dentro de los 30 días corridos de recibida, para que se subsane la divergencia existente. Si no se produce reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza y en la presente.

Condiciones Particulares de la Póliza 2024 - 2025

Fecha de incorporación:/...../..... **VIGENCIA desde:**/...../..... **hasta:**/...../.....

A completar por la Administración de SAIP Cooperativa de Seguros

1) Categoría de adhesión al seguro (al dorso Tabla de categorías y Aporte Total IVA incluido):

Cat. SAIP N.º..... Descripción: Aporte Total IVA Inc.: U\$S

2) El Aporte Total IVA incluido se compone de la parte social y del premio por el seguro IVA incluido, establecidas en el artículo 19 del Estatuto de SAIP Cooperativa de Seguros y en el artículo 9 de las Condiciones Generales de la Póliza 2024-2025 (*en adelante Condiciones Generales*), respectivamente.

3) Monto máximo del subsidio (art. 35 de las Condiciones Generales): U\$S 50.000 (dólares americanos cincuenta mil).

4) Subsidio económico parcial (art. 41 de las Condiciones Generales): U\$S 10.000 (dólares americanos diez mil).

5) Número de solicitudes por año. El asegurado podrá solicitar por período de vigencia y como máximo, el equivalente a dos subsidios máximos vigentes (art. 39 de las Condiciones Generales).

6) Deducible (artículo 5 numeral 17 de las Condiciones Generales): U\$S 2.500 (dólares americanos dos mil quinientos) aplicable al subsidio de la tercera demanda y siguientes.

7) Período prorrogado de presentación de reclamos (PPPR) gratis: será igual al período del seguro, con un mínimo de 2 años y un máximo de 4 años.

8) Mecanismo de cancelación del Aporte Total IVA incluido (ver al dorso):

Cantidad de cuotas sin recargo: 1 2 3 4 5 6
(Marcar con una cruz)

Medio de Pago: Abitab/Pago Electrónico desde su banco..... Débito Automático en Tarjeta de Crédito.....

OCA Visa MasterCard AmericanExpress

Número Tarjeta Vto. /

Nombre grabado en la tarjeta:

Firma del titular de la tarjeta (en caso de ser distinto al socio)

9) Opción de prorrateo de la prima (art. 11 de las Condiciones Generales): No Sí (*Marcar con una cruz*)

Subsidio prorrateado: U\$S (*a completar por la Administración de SAIP Cooperativa de Seguros*)

10) Renovación automática. Esta póliza será prorrogable automáticamente por períodos sucesivos de un año a partir de su vencimiento. Luego de transcurrido el plazo inicial, el afiliado podrá dejar sin efecto el presente contrato mediante notificación al Consejo Directivo de SAIP Cooperativa de Seguros, cuya fecha no podrá exceder el 31 de diciembre de cada año. En caso de operar la prórroga automática, será en las condiciones y con los costos asociados que oportunamente se definan para la vigencia en cuestión.

Declaro que:

- a) Conozco y acepto las Condiciones Generales de la Póliza 2024 - 2025
- b) Acepto las Condiciones Particulares de la Vigencia 1/10/2024 - 30/09/2025 (numerales 1 a 10 precedentes).
- c) Los fondos manejados a través de la presente tienen un origen lícito.
- d) Autorizo que sean facturados y cobrados por mi cuenta y orden a través del sistema débito automático de la tarjeta de crédito antes declarada, los importes generados o por generar, por concepto de pago de servicios prestados por SAIP, comprometiéndome a tener mi cuenta vigente y a mantener suficiente saldo disponible.
La presente instrucción se considerará calida y vigente en tanto no comunique su revocación en forma escrita a SAIP. Asimismo, correrá de mi cuenta aclarar diferendos que pudieran surgir con SAIP. Estoy en conocimiento que para el correcto funcionamiento del Débito Automático debo informar a SAIP Cooperativa de Seguros ante cualquier modificación en el número y/ o vencimiento de mi tarjeta ya sea por renovación de la misma u otras causas.
- e) Autorizo que mis datos personales sean brindados a aquellos terceros contratados por SAIP Cooperativa de Seguros en los procesos de cobranza, distribución y otros inherentes a la póliza contratada.
- f) A la fecha de incorporación no tengo conocimiento de algún acto o evento dañoso, citación a conciliación, demanda civil, demanda penal, sumario administrativo, citación en garantía, u otro tipo de asunto que me involucre directa o indirectamente y que pueda derivar en un reclamo por responsabilidad profesional, excepto los detallados a continuación:.....
.....
.....

(Indicar tipo de evento, fecha, paciente, institución involucrada, otros profesionales involucrados). El asunto o asuntos detallados precedentemente, o que sin detallar hubieran ocurrido antes del comienzo de la vigencia de su póliza **no quedan amparados al seguro contratado por el presente.**

g) Soy Persona Expuesta Políticamente (PEP) Sí NO o relacionada a PEP: Sí NO (*Marcar con una cruz, ver al dorso PEP*)

..... Nombres y Apellidos C.I.
..... RUT Firma
..... Domicilio Teléfonos

Tabla de categorías y Aporte Total IVA incluido Vigencia 1/10/2024 - 30/09/2025

DESCRIPCIÓN				
Cat.	PROFESIÓN	EDAD EN AÑOS	PREMIO	APOORTE TOTAL
			SIN IVA Incluido	IVA INCLUIDO
1	Médico que no realiza maniobras invasivas	Menor o igual que 35	U\$S 88	U\$S 107
2	Médico que no realiza maniobras invasivas	Entre 36 y 45, inclusive	125	152
3	Médico que no realiza maniobras invasivas	Mayor que 45	189	230
4	Médico que realiza maniobras invasivas	Menor o igual que 35	240	293
5	Médico que realiza maniobras invasivas	Entre 36 y 45, inclusive	320	391
6	Médico que realiza maniobras invasivas	Mayor que 45	384	469
7	Anestesiastas, Esp. Quirúrgicas y Adm. de Serv. de Salud	Menor o igual que 35	284	346
8	Anestesiastas, Esp. Quirúrgicas y Adm. de Serv. de Salud	Entre 36 y 40, inclusive	384	469
9	Anestesiastas, Esp. Quirúrgicas y Adm. de Serv. de Salud	Entre 41 y 50, inclusive	452	551
10	Anestesiastas, Esp. Quirúrgicas y Adm. de Serv. de Salud	Mayor que 50	580	708
11	Odontólogos sin cirugías	Menor o igual que 35	88	107
12	Odontólogos sin cirugías	Entre 36 y 45, inclusive	111	135
13	Odontólogos sin cirugías	Mayor que 45	125	152
14	Odontólogos con cirugías	Menor o igual que 35	169	206
15	Odontólogos con cirugías	Entre 36 y 45, inclusive	197	240
16	Odontólogos con cirugías	Mayor que 45	233	284
17	Practicantes		58	71
18	Médicos Residentes		88	107
19	Nurses y Aux.de Enfermería		88	107
20	Parteras		88	107
21	Tecnologías y Licenciaturas		88	107
22	Psicólogos		88	107
23	Asistentes en Odontología		88	107
24	Fisioterapeutas		88	107

El aporte total, en caso de la primera adhesión, incluye la integración de una parte social a la Cooperativa y el precio del premio más el IVA (22%).

Se aplicará un adicional del 10% sobre los valores expuestos cuando el médico no sea socio de **FEMI, SAQ o SMU**, el odontólogo no sea socio de la **AOU**, la partera no sea socia de Asociación Obstétrica del Uruguay, el fisioterapeuta no sea socio de la **AFU**, el licenciado en enfermería no sea socio del **SULE** y el psicólogo no sea socio de la **CPU**.

Cancelación del Aporte Total IVA incluido

El Aporte Total IVA incluido se podrá cancelar hasta en 6 cuotas sin recargo. El pago se podrá realizar: i) en cualquier Agencia de Abitab del país con la presentación de su documento de identidad (no recibirá mes a mes una factura para cancelar el pago como es habitual para los servicios públicos u otros servicios privados), por lo tanto, deberá conservar el recibo emitido por Abitab, ya que es el único comprobante físico de su pago, ii) desde el Sistema de Pagos Electrónicos bancarios, al que puede ingresar desde "Pagos en Línea" en la web de SAIP o desde la web de su Banco, ingresando su cédula de identidad sin dígito verificador y seleccionando la o las cuotas que desea abonar, iii) a través de débito automático en algunas de las tarjetas de crédito habilitadas (OCA, Visa, Master o American Express).

En el caso de optar por Abitab o Pago Electrónico desde su banco, la primera cuota o su único pago del Aporte Total IVA incluido, se podrá realizar luego de transcurridos 5 días hábiles de la efectiva contratación. El vencimiento de cada cuota mensual es el último día de cada mes, con 5 días de gracia en la generación de recargos por pago fuera de fecha. Transcurrido ese lapso, se deberá abonar, además del aporte total pactado, los recargos generados desde el día de vencimiento de la cuota hasta la fecha de cancelación del adeudo. La tasa efectiva anual (TEA) de recargo es del 7,4% en dólares americanos más IVA correspondiente a una tasa efectiva mensual (TEM) del 0,59669% en dólares americanos más IVA.

Exclusión por falta de pago

Vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio o de cualquier cuota exigible, sin que el pago se haya hecho efectivo en un lapso de 10 días corridos posteriores a dicho vencimiento, la Administración de SAIP Cooperativa de Seguros se comunicará con el asegurado dando cuenta de la irregularidad, otorgándole un plazo de 15 días hábiles para la cancelación del adeudo. En caso de que el asegurado incumpla con su obligación, previa resolución del Consejo Directivo, la Administración notificará al socio del seguro la exclusión y por ende la pérdida de la cobertura.

Para el caso de que el asegurado haya abonado parte de la prima, dicho pago quedará a favor de SAIP Cooperativa de Seguros como penalidad por el incumplimiento producido.

De existir un reclamo en trámite y el asegurado no esté al día con el pago del premio, SAIP Cooperativa de Seguros podrá descontar de la liquidación del subsidio económico cualquier saldo o deuda que este mantuviera con SAIP Cooperativa de Seguros.

Cuando el socio desee reafiliarse se considerará como fecha de retroactividad (artículo 5 numeral 5 de las Condiciones Generales) la de su efectiva reafiliación, no coincidiendo aquella con el inicio de su primer período de vigencia. **En este caso el socio tendrá un período sin cobertura por los reclamos por actos o eventos dañosos realizados entre la fecha de exclusión de la póliza por falta de pago y la fecha de su efectiva reafiliación.**

Persona expuesta políticamente (PEP)

A los efectos de esta póliza se considera PEP: cualquier persona que desempeña o ha desempeñado en los últimos 5 (cinco) años funciones públicas de importancia en el país o en el extranjero, tales como: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, representantes y senadores del Poder Legislativo, dirigentes destacados de partidos políticos, directores y altos ejecutivos de empresas estatales y otras instituciones públicas. También se entiende como persona políticamente expuestas a aquella persona que desempeña o ha desempeñado en los últimos 5 (cinco) años una función de jerarquía en un organismo internacional, como ser: miembros de la alta gerencia, directores, subdirectores, miembros de la junta o funciones equivalentes. Persona relacionada con una PEP se define como cualquier persona que miembro de la familia inmediata de una PEP (esto es, cónyuge, concubino/a, madre, padre, hermano/a, hijo/a, de una PEP); o un asesor u otra persona conocida como cercanamente asociada a una PEP.

Apoyan :

