



De Corazón, junto a tí

# ACOMPAÑA

El Arte de Acompañar  
18 de Julio 878 Entrepiso Of. 101  
Tel.: 903 0979 \* - 902 1858  
e-mail: info@acompania.com.uy

CONVENIO

CONTRATO N°B

## FICHA DE AFILIACIÓN

INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR		Fecha de Ingreso
<b>DATOS DEL TITULAR</b> Nombres		
Apellidos		C.I.
Fecha de Nac.	Email	
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
COBERTURA FAMILIAR CONTRATADA : 8 HORAS DE COMPAÑIA EN CENTRO ASISTECIAL		\$

<b>DATOS DEL INTEGRANTE</b> Nombres		
Apellidos		
C.I.		Fecha de Nac.
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
Parentesco c / Titular		

<b>DATOS DEL INTEGRANTE</b> Nombres		
Apellidos		
C.I.		Fecha de Nac.
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
Parentesco c / Titular		

<b>DATOS DEL INTEGRANTE</b> Nombres		
Apellidos		
C.I.		Fecha de Nac.
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
Parentesco c / Titular		

<b>DATOS DEL INTEGRANTE</b> Nombres		
Apellidos		
C.I.		Fecha de Nac.
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
Parentesco c / Titular		

<b>DATOS DEL INTEGRANTE</b> Nombres		
Apellidos		
C.I.		Fecha de Nac.
Domicilio		Entre
y	Teléfono	Celular
Mutualista	Emergencia	
Parentesco c / Titular		

OBSERVACIONES

AUTORIZACION DEBITO
Autorizo que se debita en mi tarjeta / sueldo _____
Nº. _____ fecha de vencimiento _____
titular _____
documento _____ el importe de la cuenta de ACOMPAÑA arriba indicado,
Notificaré a ACOMPAÑA el cese de la presente autorización, en forma fehaciente con 30 días de anticipación.
Relevo expresamente a la TARJETA DE CREDITO de toda responsabilidad con respecto a la modificación del monto de las cuotas que efectue ACOMPAÑA, y al servicio que la misma preste.
Firma del titular de la Tarjeta _____

<b>ACOMPAÑA</b>
Cantamar S.A. 18 DE JULIO 878 entrepiso OF. 101 RUT 212995030010
Asesor _____
Firma _____

Declaro no tener contratada en Acompañía otra cobertura básica similar, 8 horas de compañía en sanatorio para mi grupo familiar

FECHA

Firma del Contratante \_\_\_\_\_

## CONTRATO DE AFILIACION GRUPO FAMILIAR CONVENIO

En Montevideo, en la fecha que se establece al dorso, por una parte Cantamar S.A., (en adelante ACOMPAÑA) empresa que garantiza la prestación de sus servicios de acompañantes de enfermos exclusivamente con enfermeros/as y/o auxiliares de enfermería con título habilitado y registrado en el Ministerio de Salud Pública, con domicilio en 18 de Julio 878 entrepiso of. 101, y por otra parte el contratante cuyos datos filiatorios se individualizan al dorso, han resuelto celebrar el siguiente contrato:

**Cláusula 1ª. (Objeto):** ACOMPAÑA se obliga a brindar servicio de compañía en Sanatorio por el sistema prepago de cuotas, y en las condiciones emergentes del presente contrato, al grupo familiar cuyos componentes se establecen al dorso. El servicio se brindará en la ciudad de Montevideo, pudiendo la empresa establecer sucursales en otros departamentos en el futuro.

**Cláusula 2ª. (Beneficiarios):** Se define como “grupo familiar”: afiliado titular, cónyuge, hijos y padres del afiliado titular de hasta 75 años de edad. El afiliado titular podrá ser titular de un solo grupo familiar.

**Cláusula 3ª. (Servicios ofrecidos):** El presente contrato fija en 8 (ocho) horas por día el máximo de servicio de acompañantes en Centros Asistenciales al que tendrá derecho cada integrante del grupo familiar; debiendo responder las internaciones a situaciones de enfermedad exclusivamente no permanentes. No estarán cubiertas por el servicio contratado las enfermedades y dolencias crónicas y permanentes o aquellas dolencias derivadas de dicha situación crónica. Se entiende por “centro asistencial” los sanatorios y hospitales públicos. Quedan especialmente excluidos de este servicio: a) las clínicas especializadas (siquiátricas, de cirugía estética, oftalmológicas, etc.) a menos que éstas sean contratadas por la institución de asistencia médica a la que pertenece el paciente y b) los programas de atención o internación domiciliaria.

ACOMPAÑA se reserva el derecho de no otorgar el servicio o cancelarlo si lo hubiera otorgado cuando la patología o las características clínicas del paciente representen riesgos para la salud del acompañante y/o cuando hubiera la posibilidad de daño moral o físico para el mismo. ACOMPAÑA tiene la potestad de realizar una evaluación del estado de salud de los afiliados por medio de una Ficha Clínica. Lo manifestado por el afiliado en su Ficha Clínica tendrá carácter de Declaración Jurada. ACOMPAÑA se compromete a realizar los máximos esfuerzos para brindar los servicios comprometidos, aún en los días en que por cualquier motivo se encuentren afectados los servicios de transporte colectivo.

**Cláusula 4ª. (Adquisición de los derechos):** El derecho al uso del servicio de compañía es gradual y comenzará a regir después de los 30 días de la afiliación, según el siguiente detalle:

- Entre los 31 días y los 5 meses de afiliado tendrá derecho a un total de 7 días de acompañante.
- Entre los 6 meses y 8 meses cumplidos, tendrá derecho a un total de 10 días de acompañante, no acumulable a cualquier saldo no usado en el período anterior.
- Entre los 9 y 10 meses cumplidos, tendrá derecho a un total de 17 días de acompañante, no acumulables a cualquier saldo no usado en los períodos anteriores.

Cumplido los 10 meses de afiliación, la cobertura será sin limitación de días, excepto en los Centros Asistenciales Públicos en los cuales se brindarán servicios de acompañante por un máximo de 40 días anuales no acumulables.

**Cláusula 5ª. (Utilización de los servicios de compañía):** Los servicios de compañía se deberán solicitar a los teléfonos que a tal efecto acredite la empresa, o solicitarlos personalmente en las oficinas de la misma. La empresa prestataria coordinará los nuevos servicios solicitados entre las 6 y 20 horas en un plazo de 4 horas. En caso de fuerza mayor o impedimento, ACOMPAÑA se reserva el derecho de coordinar el servicio en un máximo de 24 horas después de recibida la solicitud. En el momento de solicitar el servicio de acompañamiento, el afiliado deberá estar en sala y el familiar o responsable solicitante deberá proporcionar a la empresa la dirección del Centro Asistencial, el piso y el número de sala. El Centro de Atención Telefónico al Afiliado funcionará las 24 horas, los 365 días del año, atendiendo cualquier eventualidad en los servicios ya iniciados. Los servicios que se soliciten para el turno de la noche deberán comenzar como máximo a las 22.00 horas.

En ningún caso se iniciarán ni se finalizarán los servicios entre las 0 y las 6.00 de la mañana.

**Cláusula 6ª. (Cuota, fijación y pago):** Las cuotas serán mensuales. Su actualización será semestral, ajustándose el 1º de Agosto y el 1º de Febrero de cada año, teniendo en cuenta el incremento del IPC del período, así como los incrementos que surjan con motivo del Consejo de Salarios.

**Cláusula 7ª. (Exclusiones):** ACOMPAÑA se reserva el derecho de conceder los beneficios emergentes de este contrato en situaciones de internaciones previstas y/o previamente pautadas al momento de afiliación, ante eventos de fuerza mayor o caso fortuito, tales como guerra, alteración grave del orden público, epidemias, catástrofes naturales, etc.

Asimismo, cuando medie informe del responsable técnico de la empresa, donde se constaten irregularidades en la información brindada en la afiliación, existencia de patologías no compatibles con el servicio o intentos de utilización del servicio para fines no acordes a la finalidad contratada, ACOMPAÑA podrá no conceder el servicio, comunicando al afiliado las razones de tal decisión.

**Cláusula 8ª. (Modificaciones en la integración del Grupo Familiar):** El afiliado titular se compromete a realizar ante ACOMPAÑA la inscripción de nuevos integrantes en su “grupo familiar”, así como también la anulación de los existentes, lo cual realizará en el Centro de Atención al Afiliado. ACOMPAÑA brindará cobertura exclusivamente a aquellos personas que estén inscriptas en su padrón de afiliados. El cambio de domicilio y/o teléfono deberá notificarlo de inmediato. De lo contrario, ACOMPAÑA no se responsabilizará por las consecuencias derivadas de esta omisión.

**Cláusula 9ª. (Pago):** El pago de las cuotas será mediante débito automático o cualquier otro medio de pago que determine ACOMPAÑA. El no pago de dos cuotas dará origen a la suspensión de los servicios sin derecho a reclamación alguna por parte del afiliado, hasta tanto regularice sus pagos; siendo potestad exclusiva de ACOMPAÑA el aceptar el pago de lo adeudado y reanudar el derecho a servicios, o cancelar totalmente el contrato.

**Cláusula 10ª. (Rescisión del contrato):** El presente contrato se rescindiré automáticamente por: a) El fallecimiento del afiliado titular, b) La desvinculación laboral entre el afiliado titular y la institución indicada al dorso, por cualquier causa (jubilación, retiro voluntario, despido, etc.). Por un lapso de treinta días, cualquiera de los integrantes del “grupo familiar” tendrá la opción de realizar un nuevo contrato conformando un nuevo “grupo familiar” que ingresará con todos los derechos; o también podrá efectuar una contratación individual por ocho horas diarias de compañía en sanatorio, manteniendo los derechos adquiridos hasta el momento y la antigüedad a un costo preferencial.

**Cláusula 11ª. (Plazo):** El presente contrato es por un plazo de un año a partir de la fecha de afiliación, renovándose automáticamente por plazos sucesivos de un año de no mediar comunicación por escrito por cualquiera de las partes estableciendo su voluntad de no renovar el mismo. Sin embargo, el CONTRATANTE transcurrido el plazo inicial del primer año – podrá cancelar el contrato en cualquier momento mediante un aviso por escrito con treinta días de anticipación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

C.I.: \_\_\_\_\_  
Empresa adherida al Clearing de Informes

\_\_\_\_\_  
por: ACOMPAÑA