

Apellido y Nombre:

Nro. de Solicitud:

Nro. de Cuenta:

Tipo de Plan: ☐ Plena Salud Básico. ☐ Plena Salud “A”. ☐ Plena Salud Integral. ☐ Plena Salud Integral Más.

Solicito la incorporación a los beneficios de “Plena Salud” de las siguientes personas a mi cargo, autorizando desde ya a debitar el cargo mensual que Contar S.A. establezca, en la tarjeta de crédito CLIPER / PLENA SALUD arriba indicada y en las que eventualmente en el futuro la reemplacen por cualquier motivo, estando emitidas a mi nombre.
Esta autorización estará vigente hasta tanto no haya orden en contrario de mi parte, extendida en forma fehaciente.

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

Apellido y Nombre:

Nro. de Solicitud:

Nro. de Cuenta:

Tipo de Plan: ☐ Plena Salud Básico. ☐ Plena Salud “A”. ☐ Plena Salud Integral. ☐ Plena Salud Integral Más.

Solicito la incorporación a los beneficios de “Plena Salud” de las siguientes personas a mi cargo, autorizando desde ya a debitar el cargo mensual que Contar S.A. establezca, en la tarjeta de crédito CLIPER / PLENA SALUD arriba indicada y en las que eventualmente en el futuro la reemplacen por cualquier motivo, estando emitidas a mi nombre.
Esta autorización estará vigente hasta tanto no haya orden en contrario de mi parte, extendida en forma fehaciente.

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

Apellido:	Apellido:
Nombre/s:	Nombre/s:
Doc. de Identidad:	Doc. de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco con el titular:	Parentesco con el titular:
Domicilio:	Domicilio:
Costo Adicional Ambulancia:	Costo Adicional Ambulancia:

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO:

1.- Plena Salud es un servicio que CONTAR S.A. ofrece a los usuarios de las tarjetas de crédito CLIPER, para posibilitarles acceder a distintos beneficios en el costo de prestaciones vinculadas con la salud, brindados por terceros adheridos al sistema (en adelante denominados prestadores); de forma tal que al abonar las mismas con la tarjeta de crédito antes mencionada, obtengan ventajas que no tendrían si no estuvieran adheridos a Plena Salud.-

2.- Los servicios que brinda Plena Salud están contemplados en distintos planes previstos al efecto, a los cuales acceden los usuarios de la tarjeta de crédito de acuerdo a su propia voluntad y libre elección.-

3.- Resultan beneficiarios del servicio el titular de la tarjeta de crédito, los usuarios adicionales y las personas adheridas por aquél expresamente autorizados bajo su firma (con un límite máximo de siete) y en las condiciones establecidas al plan elegido.-

4.- Para utilizar los distintos servicios de Plena Salud, es condición excluyente que la tarjeta de crédito donde se debita la cuota mensual por la adhesión al mismo, se encuentre habilitada por CONTAR S.A. para realizar compras, etc.; es decir, no debe estar inhabilitada para su uso, cualquiera sea la causa.-

5.- El simple hecho de poseer la credencial de Plena Salud no implica la autorización automática para utilizar este servicio, pues la misma solo cumple la función de posibilitar la identificación por parte de los prestadores de quienes solicitan la prestación de sus servicios.-

6.- Los beneficios que ofrece el servicio de Plena Salud son los vigentes al momento de utilización del mismo, de acuerdo con las pautas establecidas para el plan al cual el usuario se adhiere. Autorizo en forma expresa a CONTAR S.A. a incorporar nuevos beneficios

(como la inclusión de nuevos prestadores, etc.), sustituir o excluir los existentes de determinados planes, sin necesidad de informar previamente al suscripto y/o al resto de las personas adheridas.-

7.- Los beneficiarios de cada tipo de plan, gozarán de los servicios que en cada caso se establezcan para los mismos, lo cual será informado a los adherentes por comunicaciones establecidas al efecto por CONTAR S.A. (Anexos: notas o folletos).-

8.- En todos los planes, el servicio incluye la bonificación de la Comisión por Reposición de Tarjeta, aplicable en los casos de tarjeta robada, hurtada o extraviada.

9.- Responsabilidad: Es de conocimiento de los usuarios del servicio que:

A) Los distintos prestadores adheridos al sistema de Plena Salud (profesionales, empresas, etc.) son los únicos responsables del servicio que prestan y de las consecuencias emergentes del mismo, directas o indirectas, mediatas o inmediatas.-

B) Los adherentes al servicio Plena Salud expresamente reconocen que CONTAR S.A. no tiene responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse a los usuarios del servicio, por la acción, omisión, negligencia, impericia, culpa, dolo, etc. de los prestadores del sistema. En consecuencia la eximen en forma expresa de toda responsabilidad relativa a los hechos descriptos, desistiendo en este acto de promover cualquier tipo de acción judicial, administrativa, etc. en su contra en procura de lograr un resarcimiento económico emergente de tales extremos.-

C) En algunos de los planes de Plena Salud existe un tope máximo de descuento para las compras en farmacias según consta en los anexos. Autorizo en forma expresa a CONTAR S.A. a modificarlo a su exclusivo criterio, sin necesidad de notificación previa alguna.-

Por el presente, mi voluntad de **ADHERIRME** al servicio **Plena Salud** en la modalidad indicada en el encabezamiento de la presente solicitud, notificándome mediante el anexo que se me entrega en este acto de los beneficios vigentes al día de la fecha.-

En a los días del mes de de 20.....

.....
Firma

.....
Aclaración

1060-01/20

Promotor:

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO:

1.- Plena Salud es un servicio que CONTAR S.A. ofrece a los usuarios de las tarjetas de crédito CLIPER, para posibilitarles acceder a distintos beneficios en el costo de prestaciones vinculadas con la salud, brindados por terceros adheridos al sistema (en adelante denominados prestadores); de forma tal que al abonar las mismas con la tarjeta de crédito antes mencionada, obtengan ventajas que no tendrían si no estuvieran adheridos a Plena Salud.-

2.- Los servicios que brinda Plena Salud están contemplados en distintos planes previstos al efecto, a los cuales acceden los usuarios de la tarjeta de crédito de acuerdo a su propia voluntad y libre elección.-

3.- Resultan beneficiarios del servicio el titular de la tarjeta de crédito, los usuarios adicionales y las personas adheridas por aquél expresamente autorizados bajo su firma (con un límite máximo de siete) y en las condiciones establecidas al plan elegido.-

4.- Para utilizar los distintos servicios de Plena Salud, es condición excluyente que la tarjeta de crédito donde se debita la cuota mensual por la adhesión al mismo, se encuentre habilitada por CONTAR S.A. para realizar compras, etc.; es decir, no debe estar inhabilitada para su uso, cualquiera sea la causa.-

5.- El simple hecho de poseer la credencial de Plena Salud no implica la autorización automática para utilizar este servicio, pues la misma solo cumple la función de posibilitar la identificación por parte de los prestadores de quienes solicitan la prestación de sus servicios.-

6.- Los beneficios que ofrece el servicio de Plena Salud son los vigentes al momento de utilización del mismo, de acuerdo con las pautas establecidas para el plan al cual el usuario se adhiere. Autorizo en forma expresa a CONTAR S.A. a incorporar nuevos beneficios

(como la inclusión de nuevos prestadores, etc.), sustituir o excluir los existentes de determinados planes, sin necesidad de informar previamente al suscripto y/o al resto de las personas adheridas.-

7.- Los beneficiarios de cada tipo de plan, gozarán de los servicios que en cada caso se establezcan para los mismos, lo cual será informado a los adherentes por comunicaciones establecidas al efecto por CONTAR S.A. (Anexos: notas o folletos).-

8.- En todos los planes, el servicio incluye la bonificación de la Comisión por Reposición de Tarjeta, aplicable en los casos de tarjeta robada, hurtada o extraviada.

9.- Responsabilidad: Es de conocimiento de los usuarios del servicio que:

A) Los distintos prestadores adheridos al sistema de Plena Salud (profesionales, empresas, etc.) son los únicos responsables del servicio que prestan y de las consecuencias emergentes del mismo, directas o indirectas, mediatas o inmediatas.-

B) Los adherentes al servicio Plena Salud expresamente reconocen que CONTAR S.A. no tiene responsabilidad alguna por las consecuencias que pudieran derivarse a los usuarios del servicio, por la acción, omisión, negligencia, impericia, culpa, dolo, etc. de los prestadores del sistema. En consecuencia la eximen en forma expresa de toda responsabilidad relativa a los hechos descriptos, desistiendo en este acto de promover cualquier tipo de acción judicial, administrativa, etc. en su contra en procura de lograr un resarcimiento económico emergente de tales extremos.-

C) En algunos de los planes de Plena Salud existe un tope máximo de descuento para las compras en farmacias según consta en los anexos. Autorizo en forma expresa a CONTAR S.A. a modificarlo a su exclusivo criterio, sin necesidad de notificación previa alguna.-

Por el presente, mi voluntad de **ADHERIRME** al servicio **Plena Salud** en la modalidad indicada en el encabezamiento de la presente solicitud, notificándome mediante el anexo que se me entrega en este acto de los beneficios vigentes al día de la fecha.-

En a los días del mes de de 20.....

.....
Firma

.....
Aclaración

1060-01/20

Promotor: