



## Suspensión Temporal

Fecha

A través de la presente se deja constancia que en el día de la fecha se presenta en forma voluntaria, el /la Sr./ Sra. , en su carácter de afiliado /a titular del grupo familiar N° , solicitando la suspensión temporal de la totalidad de los servicios que le presta COBER MED en beneficio de todos los integrantes activos del mismo. Dicha solicitud se extenderá por el término de  días, comenzando a partir de la hora cero del  renovándose la cobertura a partir del mismo horario del día .

Asimismo, el Sr. /Sra. Manifiesta entender y aceptar de plena conformidad que durante el período de suspensión, todo gasto que devenga de su atención médica o la de su grupo familiar será a su exclusivo cargo y no será susceptible de reintegros ni reconocimiento alguno por parte de COBER MED.

Sin perjuicio de ello, se establece que la presente no importará la extinción de las obligaciones a su cargo, comprometiéndose el titular del grupo familiar al pago mensual y consecutivo de un porcentaje sobre el valor de su cuota, el cual convendrá y determinará en este mismo acto, previo consentimiento de las partes

El incumplimiento por parte del afiliado de cualquiera de las obligaciones a su cargo importará la caducidad de todos los derechos adquiridos al momento de su afiliación. A los mismo efectos se establecen los procedimientos a seguir detallados en el reglamentos general de afiliación para los casos de mora, los cuales entrarán en vigencia a partir del primer vencimiento de la factura que la originara.

COBER MED no cubrirá, al momento de reanudarse la cobertura, aquellas afecciones o enfermedades que fueran adquiridas durante el período de suspensión, como así tampoco cualquier tratamiento o atención médica que de ellas devengan.

Se establece que el afiliado deberá abonar el  % del valor de su cuota mensual, en forma (Adelantada / Vencida ) por cada período a facturar durante la suspensión temporal. Para ello, se emitirá un recibo legal al momento del pago, sirviendo como suficiente comprobante de lo abonado. Una vez finalizado el período de suspensión el afiliado y su grupo familiar podrán gozar plenamente de los servicios de COBER MED , reinstaurándose las condiciones de cobertura y afiliación, bajo el marco del plan adherido y los alcances del reglamento general de afiliación.

Firma del Titular

Aclaración y N° Docuemnto