

# Prevención Salud

de SANCOR SEGUROS

Señores

PREVENCIÓN SALUD S.A.

Por medio de la presente notifico y acepto que Prevención Salud efectúe las deducciones correspondientes sobre el valor de la cuota, siempre que los aportes y contribuciones que se derivasen a la Obra Social por la cual he optado, conforme Leyes 23.660, 23.661, 26.565 y concordantes, sean efectivamente percibidos por Prevención Salud. El valor del descuento que Prevención Salud practique estará sujeto a los términos del acuerdo vigente entre esta y la obra social que he elegido. Del mismo modo, reconozco y acepto expresamente que lo establecido en las leyes citadas pueden ser aplicables a mi vínculo contractual con Prevención Salud.

En el caso de existir un saldo de aportes y contribuciones, el mismo no será utilizable ni estará sujeto a compensación de ningún tipo. Prevención Salud no reconocerá reclamo alguno respecto del monto o demora en la aplicación de los aportes y contribuciones en la factura, en virtud de que la correcta recepción de los mismos depende del empleador, la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, ANSeS, AFIP y/o la Obra Social por mí elegida.

Si, durante el lapso de tiempo citado, no ejerzo la opción de cambio a favor de la obra social elegida o bien la misma es observada o rechazada por el organismo de control (todas ellas razones que son ajenas a Prevención Salud), me comprometo expresamente a abonar la totalidad del plan que contrato más aquellos rubros que correspondan a un afiliado voluntario.

Atentamente.

Firma:

Aclaración:

CUIL:

Lugar y fecha: