



CONTRATO N° _____

Entre **PLAN MEDICO SALUD ZULIA C.A.**, empresa debidamente registrada el día Veintiuno (21) de Mayo del 2009, ante el Registro Mercantil Primero, bajo el Tomo 34-A, Número: 45, RIF J297678018, representada en este acto por su presidente **FELIX EDUARDO ANDRADE GONZALEZ**, venezolano, mayor de edad, titular de la Cédula de Identidad numero: V-7.786.464, domiciliado en esta ciudad y Municipio Maracaibo del Estado Zulia, quien para los efectos de este contrato será la **PRESTADORA DEL SERVICIO** por una parte y por la otra _____, **C.I.** _____ y quien para los efectos de este contrato será **EL CONTRATANTE**, se ha convenido en celebrar el presente **CONTRATO DE SERVICIO**, que se regirá por las Leyes que regulan la materia en la República Bolivariana de Venezuela y las Clausulas aquí contenidas que se detallan a continuación: **PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO.** El presente contrato tiene por objeto, regular las relaciones entre **EL CONTRATANTE** y la **PRESTADORA DEL SERVICIO**, referido a la Asistencia Médica que se les ofrece a través de la comercialización, supervisión y control de calidad de los servicios médicos contratados en el acuerdo con lo establecido en el presente contrato, en conjunto con las **DECLARACION DE SALUD** especificadas en la planilla de solicitud, **CONDICIONES DEL SERVICIO DE SERVICIO DEL PLAN MEDICO SALUD ZULIA (Anexo "A")**, **CUADRO RECIBO** y **HOJA DE APERTURA DE HISTORIA MÉDICA DEL TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR**, los cuales constituye la base y forma parte del presente contrato. **SEGUNDA: DURACIÓN DEL CONTRATO:** El contrato estará vigente durante un año a partir de la firma del contrato por parte del contratante, fecha en el cual podrá ser renovado anualmente según la voluntad de las partes, para lo cual en el caso en que del **CONTRATANTE** sea quien tome la decisión de retirarse del servicio, deberá dirigir una carta motivada a la **PRESTADORA DEL SERVICIO** manifestando su voluntad de no renovar el contrato. **TERCERA: EL CONTRATANTE** declara que conoce y acepta todas y cada una de las condiciones establecidas para la prestación del servicio las cuales se encuentran especificadas en el **ANEXO "A"** sobre **CONDICIONES DEL SERVICIO DEL PLAN MEDICO SALUD ZULIA** y que forma parte integrante e indisoluble del presente contrato. **CUARTA:** EL **CONTRATANTE** se obliga a pagar a la **PRESTADORA DEL SERVICIO**, la cantidad acordada en relación con el Plan de Salud contratado y que se especifica en el Cuadro Recibo (Anexo 2), cuyo monto es el equivalente en bolívares calculado de acuerdo al factor cambiario publicado por el Banco Central de Venezuela (BCV) para la fecha del pago, de la suma de ...dólares de los Estados Unidos de America (US\$....), los primeros cinco (5) días de cada mes por adelantado. En caso de atraso en el pago la **PRESTADORA DEL SERVICIO** podrá de manera unilateral, suspender el servicio de manera temporal o definitiva, e incluso reclamar pagos por causa

P L A N M É D I C O

SALUD  **ZULIA**

MEDICINA **PREPAGADA**

DESDE 2000

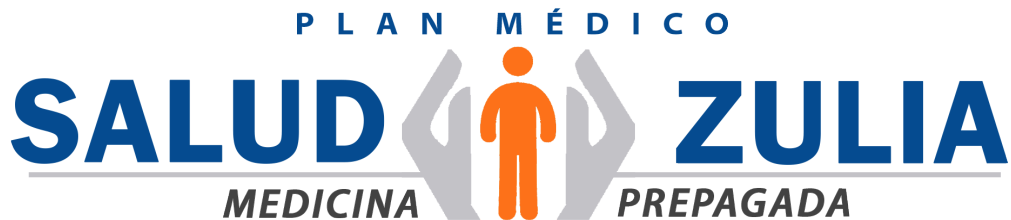
de indemnización en aquellos casos en que se encuentren en entredicho la buena fe de EL CONTRATANTE o alguno de los beneficiarios.” **QUINTA:** Los servicios de asistencia médica Prestados por la **PRESTADORA DEL SERVICIO** serán únicamente en **Plan Medico Salud Zulia y Centro Clínico Materno Pediátrico Zulia** quien abarca todo lo relativo a consultas médicas externas, la aplicación o coordinación de otros recursos tales como: exámenes de laboratorio, reclusión hospitalaria, intervenciones quirúrgicas intrahospitalarias o ambulatorias, así como cualquier otro que esté contemplado en este contrato y que no se encuentre exceptuado y sea necesario para el mantenimiento o recuperación de la salud del contratante afiliado y su grupo familiar y que se encuentran especificadas detalladamente en las **CONDICIONES DEL SERVICIO DEL PLAN MEDICO SALUD ZULIA (ANEXO “A”)**. **SEXTA:** Cualquier alteración, omisión, forjamiento, información falsa o fraudulenta en el cuestionario presentado por el contratante afiliado y su grupo familiar, que hubiere llevado a Plan Médico Salud Zulia, C.A, a contratar en otras condiciones, relevan de toda responsabilidad al Centro de Atención Hospitalaria y a Plan Médico Salud Zulia, C.A. En todo caso, podrá suspender el servicio al afiliado y excluirlo del mismo, previa notificación al ente contratante. **SEPTIMA:** La **PRESTADORA DEL SERVICIO** se reserva el derecho de anulación del presente contrato por razones de suplantación de identidad, comportamiento inadecuado dentro de la clínica, institución y/o hacia asesores externos y empleados de este por parte del **CONTRATANTE** o alguno de sus afiliados. **OCTAVA:** Para los efectos relativos a las notificaciones de las partes intervinientes en este contrato, se tendrá como domicilio del **CONTRATANTE** el que aparezca indicado en la solicitud de afiliación donde se notificará cualquier modificación o anulación del presente contrato y la **PRESTADORA DEL SERVICIO** tiene como domicilio Urbanización Urdaneta, Calle 99C, Edificio Salud Zulia. N° 19H-10, jurisdicción de la parroquia Cristo de Aranza, del Municipio Maracaibo del Estado Zulia. **NOVENA:** Las partes podrán comunicarse ante cualquier hecho o circunstancia, relativo al presente contrato, por medio de comunicación escrita, digital, red social, telegrama o por cartel publicado en cualquier periódico de los de mayor circulación del domicilio establecido en el país. **DECIMA:** Para todos los efectos y consecuencias derivadas del presente contrato, se establece como domicilio especial la ciudad de Maracaibo en el Estado Zulia con exclusión de cualquier otro, a cuya jurisdicción las partes declaran someterse. Se hacen dos (02) ejemplares, de un mismo tenor y a un mismo efecto.

En Maracaibo a los _____ días del mes de _____ del 2.0_____

EL CONTRATANTE

PLAN MEDICO SALUD ZULIA C.A.

Esta página pertenece al contrato N.º _____



DESDE 2000

CUADRO RECIBO

(Anexo 2)

NUMERO DE CONTRATO: _____

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:

NOMBRE DE CONTRATANTE O RAZON SOCIAL:

C.I / RIF _____

DIRECCION DEL CONTRATANTE:

CORREO ELECTRONICO:

PLAN CONTRATADO: VIP _____ GOLD _____ DIAMANTE _____ ZAFIRO _____

COSTO MENSUAL POR PERSONAS AFILIADAS CON COBERTURAS: _____

MONTO DE COBERTURA ANUAL: _____, Por persona Afiliada.

FORMA DE PAGO: MENSUAL POR ADELANTADO.

CONFORMES FIRMAN:

CONTRATANTE

POR/ PLAN MEDICO SALUD ZULIA, C.A