

| | | |
|---|--|---|
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD | Versión : 02 Código : F-AM-14 Fecha : 01/04/2025 Página 1 de 2 |
| | PRIMA DE MATERNIDAD GASTOS SANATORIALES | |

Entre la ORGANIZACIÓN DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL (OAMI S.A.) representada en este acto por _____ con C.I. N° _____, constituyendo domicilio en la casa de la calle Mcal. López N° 722 y Rca. Francesa, por una parte; y por la otra el/la Titular Señor/a _____ con C.I. N° _____ domiciliado en _____, convienen suscribir el presente Anexo de Prima de Maternidad: Gastos Sanatoriales, que se registrá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Las partes reconocen que en fecha _____, suscribieron el Contrato de Servicio de Salud N° _____ y que el presente Anexo guarda relación con el mismo y tiene por objeto instituir una Prima para la compra de un paquete de cobertura exclusivamente relacionado a gastos sanatoriales por Maternidad a favor de la adherente _____.

La Prima de Maternidad Gastos Sanatoriales es un paquete de cobertura para un evento exclusivo, destinado a las adherentes que no poseen cobertura para el parto/maternidad en su Plan de Salud. Este paquete de servicios no transfiere derechos de antigüedad ni cobertura al Recién Nacido. Al momento de adquirir el Paquete de Cobertura de Maternidad Gastos Sanatoriales a través del pago de la prima, no se considera el Plan contratado como un Plan con cobertura de maternidad.

SEGUNDA: Consecuentemente las partes acuerdan el paquete de cobertura por maternidad para gastos sanatoriales mediante el pago de la prima establecida en el presente Anexo, estableciéndose que la cobertura de OAMI es taxativa y se limita únicamente a los servicios sanatoriales enumerados en la siguiente cláusula.

TERCERA: Se acuerda la siguiente cobertura por maternidad:

| Cobertura sanatorial | |
|--|----------------|
| Servicios | Límites |
| Cirujano | 100% |
| Ayudante | 100% |
| Instrumentador | 100% |
| Anestesista | 100% |
| Recibimiento de RN por pediatra | 100% |
| Asistencia de Hematólogo | 100% |
| Derecho operatorio | 100% |
| Pensión en sala | hasta 3 días |
| Nursery por día | hasta 3 días |
| Equipo de monitor fetal en la internación. | 1 (uno) |
| Medicamentos y descartables: | 1.500.000 |
| Test del piecito: TSH, T3, T4, Fenilalanina, IRT, Galactosemia , Tipificación | 1(unos) |

| | | |
|---|--|---|
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD | Versión : 02 Código : F-AM-14 Fecha : 01/04/2025 Página 2 de 2 |
| | PRIMA DE MATERNIDAD GASTOS SANATORIALES | |

CUARTA: Queda expresamente establecido que la cobertura contemplada en este Anexo para el evento quirúrgico será utilizada en el Sanatorio _____ o _____ o _____.

QUINTA: El/la Titular se obliga a pagar a OAMI S.A., por la cobertura pactada en este Anexo:

- Al contado de Gs. (guaraníes
- Una Entrega de Gs. (guaraníes.....) y (...) pagos mensuales y consecutivos pagaderos por Mes Adelantado, del 1º al 15 de cada mes de Gs. _____ (Guaraníes _____)
- (.....) pagos mensuales y consecutivos pagaderos por Mes Adelantado, del 1º al 15 de cada mes de Gs. _____ (Guaraníes _____)

importe que incluye el IVA. La emisión de cobertura estará sujeta al pago al día de las cuotas mensuales y para el evento quirúrgico el pago total de las cuotas establecidas.-----

SEXTA: Queda expresamente indicado que este Anexo no contempla cobertura por prematuridad o Terapia intensiva neonatal, internaciones por amenaza de aborto o parto prematuro. Tampoco las posibles complicaciones que el recién nacido pueda tener con posterioridad al parto. Al configurarse la cobertura descrita en el Art. 3 de este anexo, si el Recién Nacido ingresa como beneficiario en el Plan de la madre, queda sujeto las carencias y coberturas estipuladas en el Plan de Salud.-----

SEPTIMA: El presente Anexo se extinguirá automáticamente una vez verificado el evento y utilizada la cobertura pactada. Si el evento no llegara a término por motivos ajenos a la voluntad de las partes o si el embarazo fuere interrumpido por prescripción médica, ello no dará derecho al reembolso de las cuotas ya pagadas.-----

En señal de conformidad suscriben el presente Anexo en dos ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto en la Ciudad de Asunción capital de la República del Paraguay a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Representante p/OAMI S.A.

Aclaración:

Firma del Titular

Aclaración:

C.I. Nº: