

FORMULARIO REINTEGRO - COBRO INDEBIDO

Lugar y fecha: _____

El/la que suscribe _____, DNI _____, asociado/a a Swiss Medical S.A. N° _____,
con domicilio en _____, declaro bajo juramento que:

1) El día _____ a las _____ horas, requerí atención médico-asistencial del prestador de cartilla de Swiss Medical S.A. _____,
Matrícula _____, en el consultorio/instalaciones sito/as en _____.
La atención requerida consistió en _____.

2) En oportunidad de requerir dicha atención, el/la suscripto/a no adeudaba cuotas mensuales del servicio de medicina prepaga de Swiss Medical S.A., y acredité mi identidad ante el prestador presentando la credencial de afiliación vigente y documento nacional de identidad. En virtud de ello, la atención médico-asistencial precitada se efectuó bajo la cobertura de Swiss Medical S.A.

3) No obstante ello, el prestador me solicitó el pago de una suma adicional de \$ _____ (pesos _____) en concepto de _____,
como condición para brindare la atención requerida, suma que pagué en fecha _____ mediante la siguiente forma de pago _____,
negándose el prestador a entregarme la factura y/o el recibo correspondiente.

4) En virtud de lo expuesto, solicito a Swiss Medical S.A. que -en forma excepcional y sin que implique reconocimiento de hechos ni derechos- me otorgue el reintegro de la suma adicional que debí pagar al prestador a fin de recibir la atención médico-asistencial precitada.

5) Reconozco que Swiss Medical S.A. no se encuentra obligada a brindar el reintegro que por la presente solicito, y tomo conocimiento que en adelante cualquier suma adicional que el/la suscripto/a pague a los prestadores de cartilla de mi plan, estará a mi exclusivo cargo, sin derecho a reintegro y/o reclamo de ninguna naturaleza en contra de Swiss Medical S.A.

6) Autorizo en forma irrevocable a Swiss Medical S.A. a exhibir la presente a los fines que correspondan, ante el prestador y/o ante terceras personas y/o autoridades administrativas y/o judiciales, renunciando al amparo en el secreto profesional.

7) Swiss Medical S.A. quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del/la suscripto/a contra el prestador por el cobro de la suma adicional referida en el punto 3. En tal sentido, me obligo a prestar a Swiss Medical S.A. toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuere titular. A tal efecto, me comprometo a otorgar a Swiss Medical S.A. las autorizaciones y poderes para asuntos judiciales que fueren necesarios, y concurrir ante las citaciones que reciba.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI