

Coberturas Particulares Especiales

Plan Superior Familiar

El plan **Superior Familiar** es un sistema de servicios que provee la más accesible y segura respuesta de atención médica familiar. Le ofrecemos las mejores coberturas para atender de manera integral todas sus necesidades de Salud, brindando tranquilidad, confianza el acceso a la mayor calidad en medicina de primer nivel.

Servicios Contemplados:

1 CONSULTAS en las siguientes especialidades

1. Clínica y Cirugía General
2. Pediatría - Clínica
3. Obstetricia y Ginecología - Clínica y Cirugía
4. Traumatología - Clínica y Cirugía
5. Urología - Clínica y Cirugía
6. Gastroenterología - Clínica y Cirugía
7. Otorrinolaringología - Clínica y Cirugía
8. Cardiología - Clínica
9. Clínica Médica
10. Alergología - Clínica
11. Oftalmología - Clínica y Cirugía
12. Dermatología - Clínica y Cirugía
13. Diabetología - Clínica
14. Infectología - Clínica
15. Endocrinología - Clínica y Cirugía
16. Neurología - Clínica y Cirugía
17. Proctología - Clínica y Cirugía
18. Odontología - Clínica
19. Flebología - Clínica y Cirugía
20. Geriatria - Clínica
21. Neumología - Clínica y Cirugía
22. Psiquiatría *1 serv. por benef./mes.
23. Psicología *1 serv. por benef./mes
24. Cirugía Plástica *1 serv. por benef./mes
25. Nutrición *1 serv. por benef./mes



Consultas sin límites en el Dpto. del Alto Paraná a excepción de los ítems 22, 23, 24 y 25.

2 Análisis LABORATORIALES SIMPLES

1. Ácido úrico
2. Colesterol Total
3. Creatinina
4. Eritrosedimentación
5. Glicemia
6. Hece parasitológico
7. Hematocrito
8. Hemoglobina
9. Hemograma
10. Leucocitos fecales
11. Leucograma
12. Orina Rutina
13. Rto. de Plaqueta
14. Rto. de Reticulocitos
15. Tipificación sanguínea
16. Triglicéridos
17. Urea



Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los análisis citados en este punto.

3 Análisis LABORATORIALES ESPECIALIZADOS

1. Ácido Fólico
2. Albúmina en Orina.
3. Aldolasa
4. Amilasa
5. Amilasa (o)
6. Amonio
7. ANA (Antic. Antinucleares)
8. Ant. Anticitomegalovirus IgG
9. Ant. Anticitomegalovirus IgM
10. Ant. Antitoxoplasma IgG
11. Ant. Antitoxoplasma IgM
12. Antic. Anti DNA
13. Antic. Anti HIV
14. Antic. Anti Rubeola IgG
15. Antic. Anti Rubeola IgM
16. Antígenos Febriles
17. Artritest (Factor Reumatóideo)
18. Aspecto del Suero
19. Asto
20. Azúcares Reductores
21. Beta HCG Cuantitativo (1/año)
22. Bilirrubina Directa
23. Bilirrubina Indirecta
24. Bilirrubina Total
25. Calcio
26. Calcio (o)
27. Calcio Iónico
28. Campo Oscuro
29. Células L.E.
30. Cetonuria
31. Chagas Ac IgM
32. Chagas-Ac IgG
33. CPK – MB
34. CPK Total
35. Clearance de Creatinina
36. Clearance de Urea
37. Cloruros
38. Cloruros (o)
39. Coagulograma
40. Cobre
41. Colinesterasa
42. Coloración Fontana
43. Coloración con Tinta China
44. Coloración de Giemsa
45. Coloración de Gram
46. Coloración de Ziehl-Neelsen
47. Coombs Directo
48. Coombs Indirecto
49. Coprocultivo
50. Cuerpos Cetónicos
51. Cultivo y Antibiograma Gral.
52. Cultivo de punta de catéter
53. Cultivo p/ Gérmenes Comunes
54. Cultivo para Aerobiosis
55. Cultivo para Anaerobiosis
56. Cultivo para BAAR
57. Cultivo para Campylobacter
58. Cultivo para Hongos
59. Cultivo para Hongos de biopsia
60. Curva de Glicemia (embarazo)
61. Curva de Glicemia 3 horas
62. Electroforesis de Proteínas
63. Electrolitos (NA, CL, K)
64. Electrolitos (o)
65. Enzimas Cardiacas
66. Esperma, Cultivo y ATB
67. Esputo, coloración de Ziehl
68. Esputo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes
69. Esputo, Cultivo para BAAR
70. Esputo, Cultivo y ATB
71. Esputo, frotis
72. Examen en Fresco
73. Factor Reumatóideo (Artritest)
74. Fibrinógeno
75. Fosfatasa Acida Total
76. Fosfatasa Acida Prostática
77. Fosfatasa Alcalina
78. Fosfolípidos
79. Fósforo
80. Fósforo (o)
81. Frotis de Sangre Periférica
82. Fructosamina
83. Fructosuria Esencial
84. FTA-ABS en L.C.R. (Antitreponema Pallidum (1/año)
85. G.O.T.
86. G.P.T.
87. Gamma GT
88. Glicemia Pre y Post – Prandial
89. Globulina
90. Gravindex
91. Guayaco Hece Hematíes
92. Gorduras Fecales
93. HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
94. HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
95. HCG Cualitativo
96. HCG Cuantitativo (1/año)
97. HDL Colesterol
98. Hece Benedict
99. Hece Frotis Parasitológicos
100. Hece, Ex. Parasitología Seriado
101. Hece, Flora Microbiana
102. Hece, Hongos
103. Hece, Microscopía Funcional
104. Hece Sangre Oculta
105. Hece PH
106. Hemocultivo en Aerobiosis
107. Hemoparásitos (gota gruesa)
108. Hierro Sérico
109. Hongos, Cultivo e Identificación
110. Hongos, Examen en Fresco
111. Identificación de Parásitos
112. IGE Total
113. IRN/RIN

114. L.C.R., Citoquímico
115. L.C.R., Cultivo para BAAR
116. L.C.R., Cultivo para Hongos
117. L.C.R., Cultivo y ATB
118. Látex en líquido pleural
119. Látex en Líquidos biológicos
120. Látex en orina
121. Lavado Gástrico Parásitos
122. LDL Colesterol
123. LDH
124. Lesión de Piel, Cult. p/Hongos
125. Lesión de Piel, Hongos ex direc.
126. Lesión de uñas, cultivo p/hongos
127. Lesión Genital, Campo obscuro
128. Lesión Genital, Col. de Fontana
129. Lesión Genital, Colorac de Gram
130. Levaduras Fecales
131. Leucocitos Hematíes (Investigación en Heces)
132. Linfa Cutánea, color. De Ziehl
133. Lipasa
134. Lípidos Totales
135. Líquido Pleural, Citoquímico
136. Líquido Pleural, Cultivo y ATB
137. Líquido Pleural, Hongos
138. Litio
139. Magnesio
140. Magnesio (o)
141. Microalbuminuria
142. Monotest
143. Mucoproteínas
144. Orina, cultivo
145. Oxiurus
146. P.C.R. (Proteína C reactiva)
147. P.C.R. Cuantitativa
148. PAF (Fosfatasa Acida prostática)
149. PAS- Antig. Prostático Específico
150. PAS- Antig. Prostático Libre
151. Perfil de Coagulación
152. Perfil Hepático- Hepatograma
153. Perfil Lipídico – Lipidograma
154. PH Tornasol
155. Potasio
156. Potasio (o)
157. Proteínas de Bence Jones
158. Proteínas Totales Sangre
159. Proteínas Totales Orina
160. Proteinuria 24 hs.
161. Proteínas Totales A/G
162. Prueba de Lazo
163. Prueba Cruzada
164. Reacción de Hudleson
165. Reacción de Paul Bunnell
166. Reacción de Widal
167. Recuento de Addis
168. Retracción del Coágulo
169. Sangre Oculta o Guayaco
170. Secreción Faringea, Cult. y ATB
171. Secreción Faringea, Frotis
172. Secreción Uretral, Cultivo y ATB
173. Secreción Uretral, Frotis
174. Secreción vaginal, Cult. Y ATB
175. Secreción Vaginal, Fresco y Gram
176. Secreción Vaginal, Frotis
177. Secreción Vaginal, PH
178. Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB
179. Sodio
180. Sodio (o)
181. T.T.P.A
182. T3
183. T3 Libre
184. T4
185. T4 Libre
186. Test de O' Sullivan
187. Tiempo de Coagulación
188. Tiempo de Protrombina (TP)
189. Tiempo de Recalcificación

190. Tiempo de Sangría
191. Tiroglobulina
192. TSH
193. Ulcera genital, Cultivo y ATB
194. VDRL Cualitativo
195. VDRL Cuantitativo
196. VLDL Colesterol



Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 4 (cuatro) coberturas sin cargo por año de cada uno de los análisis citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión. A excepción de los ítems 85 y 97.

4 Estudios **RADIOLÓGICOS** SIMPLES

1. Abdomen simple
2. Adenoides
3. Antebrazo
4. Apéndice
5. Árbol Urinario simple
6. Articulaciones
7. Brazo
8. Cadera
9. Cara
10. Cavum
11. Calcáneo
12. Clavícula
13. Codo
14. Columna Cervical
15. Columna Dorsal
16. Columna Lumbar
17. Columna Panorámica
18. Costilla
19. Cráneo
20. Dedo
21. Embarazo
22. Esternón
23. Fémur
24. Hombro
25. Húmero
26. Mano
27. Mandíbula
28. Mastoides
29. Maxilar
30. Muñeca
31. Muslo
32. Oído
33. Omoplato
34. Orbita
35. Pelvis
36. Pie
37. Pierna
38. Rodilla
39. Sacro-coxis
40. Sacroiliacas
41. Senos faciales
42. Tobillo
43. Tórax
44. Vesícula simple
45. Control radiológico maniobras traumatológicas



Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios radiográficos citados en este punto.

5 Estudios **RADIOLÓGICOS** ESPECIALIZADOS

1. Anoscopia
2. Broncografía
3. Cavum Contrastado
4. Cistografía
5. Colangiografía Endovenosa
6. Colangiografía Operatoria
7. Colangiografía Post-operatoria
8. Colangiografía Retrógrada simple
9. Colecistografía Oral
10. Colon Contrastado

11. Colon Doble Contraste
12. Colon por Ingestión
13. Densitometría Ósea *2 serv. por BF/año.
14. Esófago, Estómago y Duodeno
15. Espinografía
16. Fistulografía
17. Flebografía
18. Histerosalpingografía
19. Intestino Delgado
20. Laringografía contrastada
21. Linfografía 2 lados
22. Mamografía bilateral
23. Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado
24. Resonancia Magnética *1 serv. G.F/año, a los 180 días.
25. Senos faciales contrastados
26. Sialografía Bilateral
27. T.A.C. (Tomografía Axial Computarizada) *2 serv. por BF/año.
28. T.A.C. Helicoidal – Multislice *1 serv. por BF/año.
29. T.A.C. para punción *1 serv. por BF/año.
30. Uretrocistografía
31. Urograma de Excreción



Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 4(cuatro) coberturas sin cargo por año de cada uno de los estudios radiográficos citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión. A excepción de los ítems: 13, 24, 27, 28 y 29.

6 Estudios para **DIAGNÓSTICOS** SIMPLES

1. Audiometría
2. Citoscopia
3. Colposcopia
4. Electrocardiograma
5. Fondo de ojos
6. Impedanciometría
7. Laringoscopia
8. Logoaudiometría
9. Papanicolau
10. Tonometría
11. Timpanometría



Cada beneficiario tendrá derecho a coberturas sin límites por año de cada uno de los estudios citados en este punto.

7 Otros **SERVICIOS** DE URGENCIA

1. Cirugía menor (*sutura de urgencia, drenaje de acceso*)
2. Enyesado de urgencia (*reducción incruenta y enyesado, no quirúrgico*)
3. Enema evacuador
4. Curaciones planas
5. Nebulizaciones
6. Aplicación de inyectables
7. Toma de presión arterial
8. Lavado de oído
9. Taponamiento nasal.



Cobertura de servicios sin límites anuales de cada uno de los servicios citados en este punto.

8 Estudios para **DIAGNÓSTICOS** y **TRATAMIENTOS ESPECIALES**

1. Biopsias
2. Cauterización de varices nasales
3. Campo Visual
4. Curva Tensional
5. Ecobiometría
6. Ecocardiograma Doppler *1 p/Contrato a los 150 días
7. Electroencefalograma simple
8. Ergometría *Cobertura a los 150 días.
9. Espirometría simple
10. Crioterapias
11. Ejercicios ortópticos *10 Sesiones BF/año.
12. Electro coagulación de cuello uterino
13. Fisioterapia *20 Sesiones por BF/año.
14. Holter 24 horas *Cobertura a los 150 días.
15. Monitoreo Fetal
16. Perfil Biofísico fetal
17. Punción bióptica y/o evacuadora
18. Uretrocistoscopia
19. Punción raquídea
20. Retinoscopia
21. Rinomanometría simple



Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 4 (cuatro) coberturas sin cargo por año de cada uno de los estudios citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión. A excepción de los ítems 6, 11 y 13.

9 Estudios **ECOGRAFICOS**

1. Ecografía ginecológica (pélvica)
2. Ecografía obstétrica
3. Ecografía de mamas
4. Ecografía prostática suprapúbica
5. Ecografía de tórax
6. Ecografía testicular
7. Ecografía de tiroides
8. Ecografía abdomen superior (hígado, vías biliares, vesícula, páncreas, bazo)
9. Ecografía transvaginal
10. Ecografía de abdomen total
11. Ecografía de aparato urinario
12. Ecografía de hipocondrio derecho
13. Ecografía de órganos y estructuras superficiales
14. Ecografía de próstata transrectal
15. Ecografía de retroperitoneo (grandes bazos suprarrenales)
16. Ecografía muscular
17. Ecografía articular
18. Ecografía de partes blandas
19. Ecografía de pelvis
20. Ecografía de translucencia nucal
21. Ecografía morfológica *1 serv. por BF/año.



Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 3(tres) coberturas sin cargo por año de cada uno de los estudios ecográficos citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión. Excepto el ítem 21.

10 Otros **ESTUDIOS**

1. Anatomía Patológica, biopsias simples
2. Broncoscopia
3. Colonoscopia *2 Serv. a los 150 días
4. Endoscopia digestiva *2 Serv. a los 150 días
5. Fibronasolaringscopia

6. Laringofibroscofia
7. Penescopia
8. Rectosigmoideoscopia flexible
9. Rectosigmoideoscopia rígida
10. Rinofibrolaringoscopia
11. Test ortóptico



Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 4(cuatro) coberturas sin cargo por año de cada uno de los estudios citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión, a excepción de los ítems 3 y 4.

11 **INTERNACIONES**

En casos clínicos y/o quirúrgicos cubiertos por SERMED. Hasta 35 (treinta y cinco) días al año, según indicación del médico tratante, habilitado por la CONTRATADA, en sanatorios e instituciones habilitados por la CONTRATADA a libre elección del beneficiario.

Cobertura de Internaciones como sigue:

1. Sala privada con aire acondicionado, calefacción, baño privado y cama articulada.
2. Servicio de enfermería.
3. Alimentación vía oral Prescrita por el médico.
4. Derecho a sala quirúrgica.
5. Asistencia médica *Profesionales habilitados por SERMED
6. Atención a Recién Nacido sano *hasta 10(diez) días.
7. Incubadora *hasta 10(diez) días.
8. Luminoterapia hasta *10(diez) días.
9. Atención a Recién Nacido patológico *hasta 10 (diez) días, excepto la enfermedad y mal formación congénita
10. Carpa de oxígeno para el recién nacido *hasta 10(diez) días.
11. Transfusionista (honorarios médicos) *hasta 10 (diez) sesiones.



Si el médico tratante no está habilitado por SERMED, el beneficiario no tendrá derecho a la cobertura de los honorarios del mismo teniendo derecho únicamente a la cobertura Sanatorial correspondiente en los sanatorios habilitados.



Cobertura de **MEDICAMENTOS** y **DESCARTABLES** como sigue:

1. **Cirugía menor**
Hasta Gs. 100.000 (cien mil guaraníes)
3. **Enyesado de urgencia**
Hasta Gs. 100.000 (cien mil guaraníes)
4. **Internaciones clínicas**
Hasta Gs. 600.000 (seiscientos mil guaraníes)
5. **Parto Normal**
Hasta Gs. 1.000.000 (un millón de guaraníes) (Incluye Analgesia)
6. **Internaciones quirúrgicas**
Hasta Gs. 1.000.000 (un millón de guaraníes).
7. **Cesárea**
Hasta Gs. 1.000.000 (un millón de guaraníes)
8. **Urgencias Clínicas**
Hasta Gs. 150.000 (ciento cincuenta mil guaraníes)



Los montos de medicamentos están destinados a los materiales utilizados en los centros asistenciales por evento, no así a las recetas prescritas por los médicos en consultorios y los medicamentos recetados al momento del alta.

12 Servicios de **AMBULANCIA**

Traslado del beneficiario en casos de urgencias, en los siguientes casos:

1. Del Centro Asistencial a Instituciones de Diagnósticos y/o viceversa.
2. Traslado del lugar del accidente a los centros asistenciales habilitados por la CONTRATADA.



Cobertura en las siguientes ciudades: Ciudad del Este, Hernandarias, Presidente Franco, Santa Rita y Minga Guazú. Las ciudades no citadas gozarán de un arancel especial.

13 Cobertura de **ACCIDENTE** de **TRÁNSITO**

1. Cirugías de urgencia (nerológicas, oftalmológicas, maxilofacial y otras)
2. Honorarios Médicos *Profesionales habilitados por SERMED.
3. Derecho a Sala de Operación.
4. Tomografía Computarizada convencional *hasta 2(dos) servicios durante el tratamiento del accidentado.
5. Alimentación vía oral prescrita por el médico.
6. Servicio de Enfermería.
7. **Medicamentos y descartables.**

Hasta **Gs. 1.000.000** (un millón de guaraníes)



"La CONTRATADA queda autorizada suficientemente a que - subrogándose en los derechos y acciones de la CONTRATANTE - pueda reclamar y promover las acciones correspondientes contra cualquier tercero que resultare culpable del accidente, con el fin de repetir los gastos irrogados en beneficio de la CONTRATANTE con motivo del accidente"

14 Servicios **ODONTOLÓGICOS**

1. Consultas.
2. Exámenes periódicos de la cavidad bucal.
3. Tratamiento y obturación de caries de 1er., 2do. y 3er. grado
4. Extracción de dientes temporarios y permanentes (excepto 3° molar)
5. Curaciones.
6. Extracción de restos radiculares en dientes de erupción normal.
7. Tratamiento de complicaciones de endodoncia (hemorragia, infecciones, dolores).



24 (veinticuatro) servicios al año por beneficiario, no acumulativos (a contar desde el mes de inclusión), autorizado en 2 servicios por mes para cada beneficiario.

15 Unidad de **TERAPIA INTENSIVA** (Adulto - Infantil)

1. Internación en UTI *hasta 15 (quince) días por año por beneficiario, contados a partir de la fecha de ingreso de cada beneficiario en lugares y servicios habilitados por SERMED.
2. Atención de enfermería.
3. Médico de guardia de UTI.
4. Equipos propios de la unidad.
5. Alimentación vía oral prescrita por el médico tratante.
6. Honorarios del terapeuta.
7. Honorarios del médico habilitado por SERMED.
8. Tomografía computarizada convencional *2(dos) durante la estadía en UTI.
9. Estudios radiológicos y análisis laboratoriales según cobertura del contrato.
10. **Medicamentos y descartables**
Hasta **Gs. 1.500.000** (un millón quinientos mil guaraníes) por evento.
11. Traslado del beneficiario del centro asistencial a la unidad y/o viceversa
12. Internación en sala normal según contrato




La contratada no se hará responsable por los gastos en que incurriera la contratante, por los servicios realizados por otra UTI no habilitados por la contratada. El servicio de UTI queda excluido a los beneficiarios derivados por procedimientos no cubiertos en este contrato.

16 Patologías **CONGÉNITAS** y **PREEXISTENTES**

El tratamiento clínico y quirúrgico de las patologías congénitas y preexistentes en titulares, dependientes, y sus adherentes así también las detectadas en los exámenes de admisión quedan excluidos sean estas declarada o no en la solicitud de ingreso y/o detectada durante la vigencia del contrato.

17 USO **INSTRUMENTAL** en los siguientes servicios

11. Artroscopia
12. Ureterolitotomía endoscópica
13. Citoscopia
14. Rescisión endoscópica de próstata (R.T.U)
15. Endoscopia en procedimientos gastroenterológicos.
16. Endoscopia para colonoscopia.
17. Rinofibrolaringoscopia.
18. Cirugía vídeo Laparoscópica. *A los 270 días.
19. Colangiografía endoscópica *A los 270 días.
20. Histeroscopia Dx *2 Serv. al año a los 270 días.

 Cada beneficiario tendrá derecho a un máximo de 01 (una) cobertura sin cargo por año de cada uno de los instrumentales citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.



DE LA VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

La utilización de los servicios contemplados en este contrato obedecerá a las siguientes vigencias, contados desde la fecha de ingreso del beneficiario al plan.

48 HORAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultas sin límites 2. Análisis laboratoriales simples 3. Estudios radiológicos simples 4. Estudios para diagnósticos simples 5. Otros servicios. 6. Servicios de ambulancia 7. Servicio por arancel preferencial 	18	150 DÍAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía media 2. Anatomía patológica 3. Uso instrumental 4. Otros estudios 	21		
		180 DÍAS			<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicio odontológico 2. Resonancia magnética 	22	
		270 DÍAS				<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía mayor 	23
		300 DÍAS			<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto normal y/o cesárea para beneficiarias categorías Titular, Dependientes (Esposa o Concubina). 2. Servicio de funeraria y sepelio 		24
		90 DÍAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Internaciones clínicas. 2. Estudios laboratoriales especializados 3. Estudios radiológicos especializados 4. Estudios para diagnósticos y tratamientos especiales. 5. Estudios ecográficos 6. Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) 7. Accidente de tránsito 8. Tomografía computarizada 	19			



Servicios de FUNERARIA y SEPELIO

Coberturas del Servicio Funerario y de Sepelio, exclusivo en el Departamento del Alto Paraná – Paraguay.

24.
 1. Salón Velatorio Climatizado.
 2. Féretro modelo BOVEDA Blindado, confeccionado con madera de primera calidad finamente lustrada con herrajes de metal, forrada por dentro con seda y encajes, visor para el rostro, caja metálica con depósito para formol para panteón tipo columbario.
 3. Soldadura de caja metálica.
 4. Capilla Ardiente si optare por velatorio domiciliar.
 5. Formolización.
 6. Limpieza y reconstrucción de cadáver.
 7. Cámara fría en caso necesario por 48 hs. Sin costo.
 8. Servicio de transporte para el traslado del cadáver al laboratorio de la funeraria para su preparación.
 9. Servicio de carroza fúnebre.
 10. Un álbum de firmas.
 11. Vestimenta Mortaja.
 - 12.- Servicio de cafetería provisión de 20 litros de gaseosa, 10 litros de café, vasos descartables, 2 kilos de caramelos y 2 kilos de galletitas.
 13. Asesoramiento de trámites legales.
25. El servicio previsto en este capítulo se prestará a los beneficiario a través de las Empresas funerarias habilitadas según guía medica en Ciudad del Este. Previa autorización de la CONTRATADA.
26. Este servicio queda excluido a los fallecimientos por suicidio.
27. Queda obligada la CONTRATANTE, de comunicar a la CONTRATADA el fallecimiento del Titular y/o alguno de los miembros del Grupo Familiar de este, por medio de nota, acompañado de la copia del Certificado Médico de Defunción, a efectos de que la CONTRATADA, pueda autorizar el servicio.
28. Tendrán derecho al servicio funerario, el beneficiario Titular del Contrato y sus respectivos dependientes, debidamente inscriptos ante la CONTRATADA.
29. Para la utilización del servicio previsto en esta póliza, la CONTRATANTE deberá estar al día en el pago mensual de sus cuotas.
30. La cobertura de este servicio, tendrá vigencia a los 180 (ciento ochenta) días desde la firma de este documento, contados desde la fecha de inclusión de cada beneficiario.
La cobertura de este servicio cubre un radio de 50 (cincuenta) kilómetros a la redonda teniendo como punto de referencia a Ciudad del Este, mayor distancia y/o traslado al exterior correrá por cuenta de los beneficiarios.
31. La CONTRATADA no se hará responsable por los gastos en que incurrieren la CONTRATANTE, los beneficiarios y/o familiares por servicios funerarios realizados por empresas no autorizadas por la CONTRATADA.
32. La CONTRATADA se exime de toda responsabilidad de reembolso por los servicios previstos en este capítulo.
33. Los servicios en esta cobertura no son acumulativos.
34. Dada las características del servicio ofrecido en este capítulo, la responsabilidad de la misma, de cualquier naturaleza que fuere estará exclusivamente a cargo de la empresa prestadora del servicio. No obstante cualquier anomalía en la presentación debe ser puesta de inmediato a conocimiento de la CONTRATADA, a los fines que pudiere corresponder.