



Gran Cooperativa de Crédito, Vivienda, Consumo y Servicios Sociales LTDA  
CUIT: 30-67580899-2  
Reconquista 458, piso 12, CABA. CP: 1003

Solicitud de Servicios

Socio N°:

Lugar y fecha:

Sr. Presidente de Gran Cooperativa de Crédito, Vivienda, Consumo y Servicios Sociales Ltda.

Presente:

Tengo el agrado de dirigirme a Gran Cooperativa de Crédito, Vivienda, Consumo y Servicios Sociales Limitada, en mi calidad de asociado, a fin de solicitarles la prestación de los servicios que se describen a continuación, comprometiéndome a cumplir las condiciones a las que se sujetan dichos servicios que surgen del Estatuto Social y de los Reglamentos de los respectivos servicios, manifestando expresamente conocer su contenido, por haber sido puesto a mi disposición con carácter previo a esta solicitud.

#### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombres:	Domicilio:
Localidad / Provincia:	CP:
Teléfonos:	CUIT / CUIL:
DNI / LC / LE:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Estado Civil:	Edad:
E-mail:	

#### SERVICIO REQUERIDO:

**Plan GC 1000:** a) asistencia legal; b) seguro de vida por saldo deudor; c) Emergencias Médicas y Orientación médica telefónica 24 horas.

**Plan GC 2000:** a) asistencia legal; b) seguro de vida por saldo deudor; c) emergencia médica y orientación médica telefónica las 24 horas; d) red de ópticas y talleres de estímulo para la salud.

**Plan GC 3000:** a) asistencia legal; b) Seguro de vida por saldo deudor; c) créditos sin intereses, d) hotelería gratuita por urgencias de salud y descuentos en hoteles; e) emergencias médicas y orientación médica telefónica las 24 horas; f) red de ópticas y talleres de estímulo para la salud y g) red de asistencia ambulatoria, prácticas clínicas, kinesiología y análisis clínicos.

#### CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

1. Acepto que, hasta tanto solicite por medio fehaciente la baja de los servicios que por la presente requiero, deberé abonar en concepto de cuota mensual por utilización de servicios sociales, la tarifa correspondiente al plan elegido o la que corresponda según modificaciones que oportunamente apruebe el Consejo de Administración para las mencionadas tarifas. Dicho importe será debitado de mis haberes por medio del código de descuento que ustedes poseen en ....., o mi cuenta bancaria en pesos, vía CBU ....., o mi tarjeta de débito identificada con el número ..... Para el caso especial que no pueda debitarse el valor total de la tarifa vigente por medio del código de descuento que ustedes poseen en ....., autorizo en este acto a que la diferencia a integrar de la tarifa vigente sea debitada de mi cuenta bancaria en pesos, vía CBU ..... En caso de resultar necesaria la integración de cualquier otro formulario para la autorización del débito tanto para el débito de haberes con código de descuento de CBU como para el débito bancario vía CBU y/o el débito de mi tarjeta de débito y/o cualquier otro que a tal fin autorice, me comprometo a suscribir dicha autorización inmediatamente de serme ello requerido por la cooperativa. Asimismo, solicito a esa cooperativa que otorgue prioridad al débito de la tarifa de servicios por el plan escogido por encima de cualquier otro débito por cualquier otro servicio y/u operatoria que tuviere con la cooperativa, incluso si se tratara de servicios crediticios, ya sea que el pago se efectúe por cualesquiera de los débitos ordenados en el presente, como por cualquier otro medio. Mediante la firma del presente me notifico y me comprometo a abonar conjuntamente con los débitos bancarios y/o a través de la tarjeta de débito que en este acto autorizo, el valor de la prestación de este servicio autorizando que se debite el mismo en la cuenta de mi titularidad que más arriba se detalla.
2. La falta de pago por cualquier causa que me resulte imputable, de la tarifa del plan de servicios que por la presente solicito, me hará incurrir en mora frente a la cooperativa y me impedirá acceder a los servicios del plan contratado. Sin perjuicio de lo

indicado en el párrafo precedente, será facultad exclusiva de la cooperativa permitirme acceder a los servicios por el término de 90 días corridos contados desde la mora, reconociendo que deberé abonar las tarifas correspondientes durante ese período, salvo que notifique fehacientemente a la cooperativa mi voluntad de dar de baja a la totalidad de los servicios que por la presente solicito.

3. Me notifico por la presente que el Consejo de Administración de la cooperativa se encuentra facultado para incorporar modificaciones tanto en los servicios, en los planes, como en las tarifas, lo que me será notificado mediante publicación en la cartelera de la sede social y las sucursales de la cooperativa, con treinta días de antelación a la fecha en que dichos servicios, planes, y sus respectivas tarifas se tornen efectivos, sin perjuicio de la facultad de utilizar, además, otros medios de difusión de esos servicios y/o planes, incluso la incorporación de la información en la página web de la cooperativa.
4. Me notifico que en el supuesto de modificación en los servicios y/o planes y/o tarifas, podré continuar con la suscripción al servicio y/o plan elegido y/o informar a la cooperativa mi decisión de cambiar de servicio y/o plan o renunciar al servicio y/o plan.
5. La Cooperativa me entregará, en los planes de servicios que así lo requieran, una credencial con mi nombre, apellido, y número identificador, que me permitirá acceder a los servicios y/o planes que por la presente solicito. Dicha credencial es personal e intransferible, y en caso de deterioro, hurto, pérdida o robo de la misma, deberé informarlo inmediatamente a la cooperativa, y abonar –en su caso- el cargo de reposición y/o envío de la credencial.
6. Los servicios y/o planes que por la presente solicito fueron gestionados por la cooperativa ante los diversos prestadores sin fines de lucro institucional y/o personal y al sólo efecto de brindar un beneficio a sus asociados. En consecuencia, la cooperativa en ningún caso, asumirá responsabilidad alguna por la falta de prestación o deficiente prestación de los mismos. No obstante, en tales supuestos deberé informar lo acontecido a la cooperativa en forma inmediata. En caso de cualquier defecto y/o perjuicio que me fuera ocasionado en virtud de los servicios dados por terceros prestadores, la Cooperativa no será responsable en forma alguna de daños y perjuicios que la prestación de tales servicios pudiera ocasionarme, siendo dicha responsabilidad exclusiva y excluyente del tercer prestador de tal servicio. En tal sentido, renuncio en forma expresa y con la mayor amplitud a formular reclamos de cualquier índole a la Cooperativa por los hechos o circunstancia señalados en el presente apartado.
7. Sin perjuicio de la falta de responsabilidad de la cooperativa a que alude el punto anterior, me notifico que en todos los casos, los prestadores de los diversos servicios se han comprometido frente a la cooperativa, a la prestación de los servicios a los asociados en forma personal y directa, o bien a través de personal y equipos propios, mediante personas especializadas con experiencia para el cumplimiento de los mismos, asumiendo expresamente cada prestador las obligaciones derivadas de la prestación de dichos servicios.
8. Me comprometo a leer periódicamente las condiciones de prestación de los servicios requeridos, a fin de determinar su modalidad de contratación y las variaciones que eventualmente se aplicaren a la misma, las que se mantendrán actualizadas en la página web de la cooperativa.
9. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

#### **CONDICIONES PARTICULARES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:**

Manifiesto con carácter de declaración jurada que he recibido en este acto de la cooperativa, la información acerca de las condiciones particulares de la prestación de los servicios del Plan que he escogido, las cuales he leído y conformo.

En particular, me notifico que las prácticas incluidas en el servicio de asistencia médica que **NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN** son:

**ALERGIA:** Testificación total.

**ANATOMIA PATOLÓGICA:** Citología exfoliativa oncológica, Citología exfoliativa hormonal.

**CARDIOLOGÍA:** Electrocardiograma en consultorio.

**ECOGRAFÍAS:** Ecocardiograma Completo, Ecografía Tocoginecológica, Ecografía mamaria Uni o Bilateral, Ecografía cerebral, Ecografía oftalmológica, Ecografía Tiroidea, Ecografía de Testículos, Ecografía completa de Abdomen, Ecografía Hepática Biliar Esplénica o Torácica, Ecografía de vejiga o próstata, Ecografía Renal, Ecografía Aorta abdominal dinámica y estática, Ecografía Pancreática.

**ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN:** Régimen individual con preparación de menú dietético.

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:** Colposcopia, Colpocitología (Obtención del material por sesión), Test de Sims – Huner, Estudio del moco cervical.

**REHABILITACION MEDICA:** Fisioterapia, Kinesioterapia, Rehabilitación del lenguaje por sesión.

**NEUMONOLOGÍA:** Espirometría, Espirometría antes y después del uso de broncodilatadores, Curva de flujo volumen, Determinación de volúmenes pulmonares, Estudio de mecánica pulmonar.

**NEUROLOGÍA:** EEG con activación simple, EEG con activación compleja.

**OFTALMOLOGÍA:** Oftalmodinamometría, Campo Visual, Fondo de ojo y/o esquiascopia, Tonometría, Ejercicios ortópticos por sesión, Gonioscopia, Curva Tensional, Tomografía, Exoftalmometría, Extracción de cuerpo extraño conjuntival, Extracción de cuerpo extraño en cornea, Oftalmoscopia indirecta, Estudio de fijación en el estrabismo, Cateterización de conducto lacrimonasal, Exoftalmología.

**OTORRINOLARINGOLOGÍA:** Examen funcional laberíntico, Audiometría, Logaudiometría, Pruebas supraliminales, cada una, Selección de otoamplifonos, Técnica de proetz (hasta 10 sesiones), Insuflación de las trompas de eustaquio (hasta 5 sesiones cada una), Impedanciometría, Rinomanometría, Extracción de cuerpo extraño en oído. Extracción de tapón uni o bilateral, Taponamiento nasal anterior, Taponamiento nasal anteroposterior, Extracción de cuerpo extraño en nariz, Cauterización de nariz, Lavaje de seno paranasal uni o bilateral, Laringoscopia directa diagnóstica.

**UROLOGÍA:** Sondaje vesical, Dilatación uretral.

**ASISTENCIA EN CONSULTORIO:** Consulta Médica.

**RADIOLOGIA:** Radioscopia simple, con intensificador de imágenes, con circuito cerrado de televisión; RX Aparato Esquelético, RX Aparato Respiratorio, RX del Aparato Digestivo y Cavidad Abdominal, RX Aparato Urinario, RX de Aparato Genital Femenino.

**ANALISIS CLINICOS:** Incluye todo el Nomenclador Nacional de análisis clínicos; CON SUS NORMAS RESPECTIVAS. Atento a normas de trabajo Bioquímico del Nomenclador Nacional.

**EXCLUSIONES:** Prácticas no nomencladas, Determinaciones por RIE (Radioinmunoensayo), Hormonas, Serologías, Inmunoglobulinas, HDL / LDL, Dosaje de Fármacos.

**EMERGENCIAS MÉDICAS:** Comprenderá la atención, el diagnóstico presuntivo, medidas y / o tratamientos preliminares de emergencias que el personal médico determine y el eventual traslado hasta el sanatorio, clínica u hospital que corresponda (únicamente en el ámbito de cobertura).

**ORIENTACION MEDICA TELEFONICA CON PROFESIONALES** (los costos derivados del mismo en todos los casos serán a cargo del beneficiario como ser costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos, ente otros.

Sin otro particular los saludo atentamente.

Firma del Solicitante

Aclaración