

Carta Documento Intimando a Prepaga a Aclarar Situación por Eventual Desafiliación

Ciudad de _____, ___ de _____ de 20__
____ DNI _____, afiliado/a a _____, me dirijo a Uds. a fin de emplazarlos en el término de veinticuatro horas de recibida la presente, a fin de aclarar mi situación de afiliado en esta prestadora, atento a que el día ___ de _____ tome conocimiento en forma telefónica de que me habían desafiliado, todo esto, en virtud del pago ?atrasado de las cuotas mensuales?. Es por lo cual ese mismo día, envié nota por correo electrónico a ___@____.com.ar, ya que las sucursales se encuentran cerradas, solicitando que en el plazo de 24 horas me reafiliaran o bien procedieran a la inmediata continuidad de mi afiliación. La causal invocada por ustedes no encuentra respaldo legal alguno en la Ley 26.682. Por lo tanto, deberán expresar los motivos de tan injustificada conducta y en caso de que me hayan desafiliado, sin siquiera intimarme previamente al pago, ni notificarme en forma escrita de la baja efectuada, proceder a la INMEDIATA CONTINUIDAD. Tal como surge de los pedidos médicos y registros que ustedes tienen en su poder, mi hija/o _____ DNI _____ tiene certificado de Discapacidad, utilizando al día de la fecha distintos tratamientos en virtud de la discapacidad mencionada, los que actualmente no está pudiendo realizar o bien, hemos tenido que abonar en forma particular para que no pierda sus prestaciones médicas. La desafiliación, tanto mía como de mis hijos _____ y _____, producida sin causa y sin notificación previa, implica un serio perjuicio a la salud ya que nos dejan sin cobertura médica, ocasionando un gran perjuicio económico y emocional, ello sumado a la actual situación de pandemia que agravan aún más su accionar ilegal. Es importante aclarar que, en el mes de _____, en fecha ___/___/___ abone con tarjeta de crédito la suma de \$_____, a fin de abonar el saldo que se adeudaba, informado por ustedes, dejando de esta manera al día y sin ningún saldo pendiente nuestra cobertura. En la nota enviada por correo adjunte los comprobantes de pago, para su control. Por todo lo expuesto, les reitero el emplazamiento por 24 hs a fin de que me informen mi condición de afiliado o en su caso procedan a la inmediata CONTINUIDAD SIN MODIFICAR LAS CONDICIONES EXISTENTES, bajo apercibimiento de iniciar las acciones judiciales que correspondan por violación del derecho a la salud, constitucional y legalmente reconocidos, como así también por los daños y perjuicios ocasionados. Constituyo domicilio legal en el estudio jurídico de mi letrado/a Dr/a. _____, en _____.

Quedan ustedes debidamente notificados y emplazados.

Firma _____
Aclaración _____
DNI _____