

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

C001

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Cláusula 1: Este plan es integrado por las Condiciones Generales, las Condiciones Específicas y las Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Condiciones Específicas respecto a las Particulares, predominan éstas últimas.

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 2: El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de alguna de las coberturas contratadas, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, salvo pacto contrario, en cuyo caso será de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Cláusula 3: A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también como accidente: la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado, las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la cláusula 5 Inc I; el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia; luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

ALCANCE

Cláusula 4: Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes - en los términos y alcances establecidos en la cláusula anterior - que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras este circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: fútbol, atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), vóley-ball y water-polo

La cobertura se extiende al tránsito y /o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Cláusula 5: Quedan excluidos de este seguro los siguientes hechos que no serán considerados accidentes:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado. Intervención en otras ascensiones aéreas.
- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o en escalamiento de montañas, o prácticas de paracaidismo o aladeltismo. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- d) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución, empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- e) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por deber de humanidad generalmente aceptado (Artículo 152 y 70 Ley de Seguros).
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza. Operación quirúrgica no motivada por accidente. Abuso de alcohol. Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica, sin incurrir en abuso.
- g) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza - inclusive las originadas por las picaduras de insecto, salvo lo especificado en la cláusula 3 – sean o no preexistentes, enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela o tifus), enfermedades causadas directa o indirectamente por una infección H.I.V. – en ambos casos aún si el contagio se produjera en forma accidental -, enfermedades venéreas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa, deformidades o defectos físicos.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- i) Acto criminal por el que resulte responsabilizado el beneficiario.
- j) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencias de un accidente cubierto conforme a la cláusula 3;
- k) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo; salvo los casos contemplados en la cláusula 3; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 3 o del tratamiento de la lesiones por él producidas.
- l) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus

consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (art. 152 y 70 Ley de Seguros).

- m) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 4, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

También quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 6: El seguro no ampara a personas menores a la edad mínima de ingreso, o mayores a la edad máxima de ingreso, ambas previstas en las Condiciones Particulares de la póliza.

EDADES

Cláusula 7: Las edades mínimas y máximas de ingreso, como así también la edad máxima de permanencia, serán las que se estipulan en las Condiciones Particulares.

Asegurado Titular

Para la cobertura principal

Edad Mínima de Contratación: 14 años

Edad Máxima de Contratación: 65 años (inclusive)

Edad Máxima de Permanencia: 75 años (inclusive)

Para las coberturas adicionales

Edad Mínima de Contratación: 15 años

Edad Máxima de Contratación: 64 años (inclusive)

Edad Máxima de Permanencia: 65 años (inclusive)

Asegurados Familiares

Para la cobertura principal

Edad Mínima de Contratación: al nacer

Edad Máxima de Contratación: 65 años (inclusive)

Edad Máxima de Permanencia: 75 años (inclusive)

Para las coberturas adicionales

Edad Mínima de Contratación: 15 años

Edad Máxima de Contratación: 64 años (inclusive)

Edad Máxima de Permanencia: 65 años (inclusive)

Las edades de los Asegurados asentadas en esta Póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes al Asegurador quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá

derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que el Asegurador efectúe el pago de cualquier beneficio.

La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir riesgos. Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y la prima pagada.

Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la diferencia y reajustará las primas futuras.

AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

Cláusula 8: Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponde se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Cláusula 9: El Asegurado deberá notificar sin dilación al Asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario..

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a la suma que consta en las Condiciones Particulares, sin conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, estos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

RETICENCIA

Cláusula 10: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (art. 5 Ley de Seguros)

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del art. 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (art. 6 Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (art. 9 Ley de Seguros).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (art. 8 Ley de Seguros)

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (art. 10 Ley de Seguros).

AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Cláusula 11: El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (art. 38 de la Ley de Seguros).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (art. 37 de la Ley de Seguros).

Se consideran agravaciones del riesgo (art. 132 de la Ley de Seguros) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b) Modificación de su profesión o actividad.
- c) Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (art. 39 de la Ley de Seguros).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (art. 40 de la Ley de Seguros).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la Cláusula 4, inciso m).

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período de seguro en curso, no mayor de un año (art. 41 de la Ley de Seguros).

PAGO DE PRIMAS

Cláusula 12: La prima es debida desde la celebración del contrato pero no exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (art. 30 Ley de Seguros).

En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula de "Cobranza de Premios" que forma parte del presente contrato.

MONEDA DEL CONTRATO

Cláusula 13: Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos emergentes de las obligaciones pactadas en el presente contrato en la moneda informada en las Condiciones Particulares como Moneda del Contrato.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 14: El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro,
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar (art. 53 Ley de Seguros). Los producidos de la cobranza de premios deberán ser ingresados a través de los siguientes medios:
 - i. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
 - ii. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nro. 21.526
 - iii. Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nro. 25.065
 - iv. Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.º 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o tomador a favor de la entidad Aseguradora

Cuando la percepción de premios se materialice a través del Sistema único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

(Artículo 1 de la Resolución M.E. N° 407/2001).

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 15: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial el Asegurado o beneficiarios deberán presentar:

- a) En caso de muerte, la documentación pertinente y comprobación del derecho de los reclamantes.
- b) En caso de invalidez permanente, la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.
- c) En caso de invalidez temporaria, la documentación pertinente, que incluirá el alta definitiva.
- d) En caso de cuadriplejia o paraplejia, la documentación pertinente que acrediten dicha invalidez.
- e) En caso de fractura de huesos, la documentación pertinente que incluirá el detalle de el/los hueso/s fracturado/s.

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Cláusula 16: El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente o inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Cláusula 17 El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (art. 150 Ley de Seguros).

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Cláusula 18: La designación de beneficiarios se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto. Tanto el asegurado titular como los asegurados adicionales, en caso de corresponder, tienen derecho a designar cada uno a sus propios beneficiarios.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (art. 145 y 146 Ley de Seguros).

CAMBIO DE BENEFICIARIO

Cláusula 19: El asegurado titular o sus asegurados adicionales en caso de corresponder podrán cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que este sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio del beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

VALUACIÓN DE PERITOS

Cláusula 20: Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por las partes cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes (art. 57 - última parte - Ley de Seguros).

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 21: El pago se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere las Cláusulas 15 de estas condiciones generales, el que sea posterior.

Cuando el Asegurador hubiere reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 55% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de invalidez temporaria y mientras no se dé el alta definitiva se pagará al Asegurado, a su pedido, la renta diaria correspondiente en forma mensual.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 22: El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el art. 36 de la Ley de Seguros.

RESCISIÓN UNILATERAL

Cláusula 23: Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (art. 18, 2º párrafo Ley de Seguros).

En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido, durante su vigencia, uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

Cláusula 24: El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado (arts. 15 y 16 Ley de Seguros).

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 25: Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Cláusula 26: Toda controversia judicial que se plantee con relación a esta póliza será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza.

En caso de que la póliza haya sido emitida en una jurisdicción distintas al domicilio del Asegurado éste tendrá la posibilidad de dirimir cualquier controversia relativa al presente contrato ante los tribunales de su domicilio.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 27: El riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza se cancelará en los siguientes casos:

- a) Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima.
- b) A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalente al capital asegurado.
- c) Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- d) Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
- e) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla con la edad máxima de permanencia estipulada en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ARTÍCULO 1º: El/Los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral cuatrimestral o semestral según se indique en las condiciones particulares) de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en la moneda del contrato). En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas contendrá el total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente al contrato (art. 3 Resolución General N° 21.600).

El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución General N° 21.523 (Reglamento General de la Actividad Aseguradora).

El premio no será exigible sino contra entrega de póliza o certificado de cobertura o endosos de cada periodo de facturación (Art. 30º Ley 17.418).

Sin perjuicio de lo anterior, la fecha de iniciación efectiva de vigencia de la cobertura queda condicionada al pago total o parcial del premio.

Consecuentemente, la fecha de iniciación efectiva de vigencia, sólo tendrá lugar desde el mismo momento en que el pago referido se efectivice. Ello sólo quedará acreditado con el recibo de pago oficial correspondiente, con expresa consignación de día y hora de su percepción (art. 1 y 2 Resolución General N° 21.600 y Circular N° 2.663)

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

ARTÍCULO 2º:

La compañía concede un plazo de gracia de un mes para el pago de los premios fraccionados, sin cargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo este contrato se hallará en vigor, pero si dentro del mismo ocurriese una pérdida indemnizable en el marco de esta póliza, la Compañía deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas e impagas.

Para el pago del primer Premio o fracción de premio, el Plazo de Gracia se contará desde la fecha inicio de vigencia de la póliza. Para el pago de los premios siguientes, el Plazo de Gracia correrá a partir de la hora cero (0) del día que vence cada uno de dichos premios.

Si el período de gracia expirara sin haberse regularizado el pago de la prima, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

La cobertura sólo podrá rehabilitarse dentro de los noventa (90) días corridos, contados desde la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe total adeudado. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Una vez vencido el plazo máximo de suspensión (60 días corridos) el contrato quedará rescindido por falta de pago. Quedará a favor de la aseguradora, como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio del plazo de gracia hasta el momento de la rescisión.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: El plazo del pago no podrá exceder el plazo de facturación, disminuido en 30 días.

ARTICULO 4°: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

ARTÍCULO 5°: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley Nro. 21.526

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nro. 25.065.

d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o tomador a favor de la entidad Aseguradora.

Quando la percepción de premios se materialice a través del Sistema único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

A los efectos de la presente póliza, se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

Hechos de guerra internacional: se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

Hechos de guerra civil: se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles) cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los órdenes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la nación.

Hechos de rebelión: se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleve resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas. Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

Hechos de sedición o motín: se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alcen contra las autoridades constituidas del lugar sin rebelarse contra el gobierno nacional o que se atribuyan los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptivos, como ser asonada, conjuración.

Hechos de tumulto popular: se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en las que uno o más de sus participantes intervengan en desmanes o tropelías, en general sin armas pese a que algunos las emplearen. Se entiende equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que se encuadren en los caracteres descriptivos como ser: alboroto, alteración del poder público, desórdenes, disturbios revueltas, conmoción.

Hechos de vandalismo: se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúen irracional y desordenadamente.

Hechos de guerrilla: se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla, los hechos de subversión.

Hechos de terrorismo: se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoque alarma, atemorice o intimide a las autoridades

constituidas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denoten algún rudimento de organización.

Hechos de huelga: se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o a trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquéllas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motive la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Hechos de lock out: se entiende por tales los hechos dañosos originados por:
a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por una entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente)
b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralicen total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motive el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos anteriormente, se considerarán hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lock out.

Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

ANEXO I
RIESGOS NO ASEGURADOS
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Quedan excluidos de este seguro los siguientes hechos que no serán considerados accidentes:

- a) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado. Intervención en otras ascensiones aéreas.
- c) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas, o en escalamiento de montañas, o prácticas de paracaidismo o aladeltismo. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- d) Duelo, riña, salvo que se tratase de legítima defensa, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, tumulto popular en que hubiese participado como elemento activo; revolución, empresa criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.
- e) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por deber de humanidad generalmente aceptado (Artículo 152 y 70 Ley de Seguros).
- f) Inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza. Operación quirúrgica no motivada por accidente. Abuso de alcohol. Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica, sin incurrir en abuso.
- g) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza - inclusive las originadas por las picaduras de insecto, salvo lo especificado en la cláusula 2 - sean o no preexistentes, enfermedades infecto contagiosas de denuncia internacional (fiebre amarilla, peste, cólera, viruela o tifus), enfermedades causadas directa o indirectamente por una infección H.I.V. - en ambos casos aún si el contagio se produjera en forma accidental -, enfermedades venéreas, cualquier clase de enfermedad mental o de tipo nerviosa, deformidades o defectos físicos.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.
- i) Acto criminal por el que resulte responsabilizado el beneficiario.
- j) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencias de un accidente cubierto conforme a la cláusula 2;
- k) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo; salvo los casos contemplados en la cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la cláusula 2 o del tratamiento de la lesiones por él producidas.
- l) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (art. 152 y 70 Ley de Seguros).

- m) Los accidentes derivados del uso de motocicleta y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.

También quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- b) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

ANEXO I
RIESGOS NO COBIERTOS
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL O TOTAL

De contratarse la cobertura adicional de Invalidez Total o Parcial Permanente, el presente seguro no cubre, sin perjuicio a las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales:

- a) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

ANEXO I
RIESGOS NO ASEGURADOS
COBERTURA ADICIONAL DE FRACTURA DE HUESOS

En caso de contratación de la cobertura adicional de fractura de huesos, el seguro no cubre, sin perjuicios de las exclusiones mencionadas en las Condiciones Generales, la rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

ANEXO I
RIESGOS NO ASEGURADOS
COBERTURA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

Si se opta contratar la cobertura adicional de Reintegro de Gastos Médicos, este seguro no cubrirá, adicionalmente a las exclusiones mencionadas en las Condiciones Generales, el reembolso de los cargos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro que:

- a) Fuera proporcionado antes del inicio de vigencia de esta Cobertura, o después de su finalización;
- b) Incurrido en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos;
- c) Considerado experimental.
- d) Que exceda los gastos razonables y acostumbrados, entendiéndose por tal:
 - Al cargo usual que cobra el prestador por esa prestación
 - No excede el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.
- e) Que no sea médicamente necesario, entendiéndose por tal:
 - Es apropiado y esencial.
 - No excede en alcance duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - Ha sido prescripto por un médico.
 - Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
 - En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratado fuera del mismo sin riesgo para el paciente.
- f) Incurrido por la compra o alquiler de silla de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire o cualesquiera otros artículos o equipos similares.
- g) Por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.
- h) Incurrido por servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un establecimiento o institución de convalecencia, hospicio, asilo u Hogar de ancianos o servicios de custodia, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia del accidente cubierto.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO COLECTIVO

C007

DEFINICIONES

Cláusula 1: A los efectos de este seguro, se entiende por:

- Asegurador: HDI Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato.
- Tomador: Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado.
- Grupo asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.
- Asegurado: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el Certificado Individual de Incorporación. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado.
- Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

Cláusula 2: El Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados. Dichos informes deberán tener una periodicidad como máximo mensual.

- Altas: Para las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfaga las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la fecha de vencimiento de prima siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de adhesión.
- Bajas: La cobertura de este seguro para cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:
 - a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
 - b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador.
 - c) Por fallecimiento del Asegurado.
 - d) Por ocurrencia del siniestro cubierto.
 - e) Por haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se calcularán a prorrata.

PERSONAS ASEGURABLES

Cláusula 3

*Asegurados Titulares: Se consideran "Asegurables" en calidad de Asegurados Titulares, a todas las personas físicas, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora y que no excedan las Edades Máximas de Ingreso o permanencia que se indique en Condiciones Particulares.

Se entenderá por Asegurado Titular, a aquella persona física que contrate la presente póliza de seguro, en consecuencia se podrán aplicar indistintamente los términos

*Asegurados Familiares: El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge, y/o a sus hijos y/o padres y/o padres políticos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares.

Los cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio. Se asimila a la condición de "cónyuge", al conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo, durante por lo menos 5 (cinco) años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o a 2 (dos) años en caso de existir descendencia en común.

Los hijos susceptibles de cobertura lo serán hasta alcanzar los 25 (veinticinco) años, a menos que se indique una edad menor en Condiciones Particulares, salvo los hijos incapaces que se encuentren legalmente a cargo del Asegurado Titular que podrán continuar asegurados incluso luego de cumplidos los 25 (veinticinco años).

Será requisito indispensable para la inclusión en el seguro del Grupo Familiar respectivo, que el Asegurado Titular declare ante la Aseguradora la identidad de los familiares incorporados al seguro y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones en el Grupo Familiar declarado.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO INDIVIDUAL

C008

DEFINICIONES

Cláusula 1: A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** HDI Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato.
- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.
- **Asegurado:** Es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro, y que se indica en las Condiciones Particulares de póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 2: La cobertura de este seguro quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) Por rescisión o caducidad de la póliza por cualquier causa.
- b) Por fallecimiento del Asegurado.
- c) Por haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
- d) Por ocurrencia del siniestro cubierto.

PERSONAS ASEGURABLES: ASEGURADO

Cláusula 3

Se consideran "Asegurables" como Asegurados Titulares, a todas las personas físicas, cuya relación con el Tomador resulte preexistente a su incorporación a este seguro, que se encuentren relacionadas entre sí por un interés distinto al de contratar el presente seguro y que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares.

El Tomador podrá incorporarse al presente seguro en las mismas condiciones que se exijan para los demás asegurables.

Las personas que en el futuro entren a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo también serán asegurables una vez que la solicitud de incorporación hubiese sido aprobada por la Aseguradora, a partir de las cero (00) horas del día primero del mes que siga a la fecha de aprobación de la solicitud.

PERSONAS ASEGURABLES –GRUPO FAMILIAR

Cláusula 4

El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro a su cónyuge, y/o a sus hijos y/o padres y/o padres políticos, que reúnan los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en Condiciones Particulares.

Los cónyuges serán asegurables a partir del día de la celebración del matrimonio. Se asimila a la condición de "cónyuge", al conviviente del Asegurado Titular, siempre y cuando hubiera convivido públicamente en aparente matrimonio con el mismo, durante por lo menos 5 (cinco)

años inmediatamente anteriores a la fecha de incorporación del conviviente a esta cobertura, o a 2 (dos) años en caso de existir descendencia en común.

Los hijos susceptibles de cobertura lo serán hasta alcanzar los 25 (veinticinco) años, a menos que se indique una edad menor en Condiciones Particulares, salvo los hijos incapaces que se encuentren legalmente a cargo del Asegurado Titular que podrán continuar asegurados incluso luego de cumplidos los 25 (veinticinco años)

Para el caso en que dos Asegurados Titulares puedan incorporar como integrantes del Grupo Familiar a la o las mismas personas, dicha inclusión deberá ser efectuada únicamente por un solo Asegurado Titular.

Será requisito indispensable para la inclusión en el seguro del Grupo Familiar respectivo, que el Asegurado Titular declare ante el Tomador la identidad de los familiares incorporados al seguro y será responsable de su actualización en cada oportunidad en que se produzcan modificaciones en el Grupo Familiar declarado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL

C009

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: La aseguradora pagará la suma asegurada de esta cobertura si el asegurado fallece a causa de un accidente cubierto dentro de los 90 días de la fecha del mismo.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 2: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente y comprobación del derecho de los reclamantes.

Cláusula 3: En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 4: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 2 de las presentes condiciones.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 5: Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, de haberse contratado la cobertura adicional de invalidez permanente.

El Asegurador deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte.

En caso de fallecimiento que dé lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 7: La cobertura del riesgo de muerte accidental prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL O TOTAL**

C002

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La misma no podrá ser contratada en forma conjunta con la cobertura de cuadriplejía o paraplejía.

El asegurador se compromete al pago de la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso de que el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente – de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 2 de las Condiciones Generales -, que fuera la causa originaria de su invalidez total permanente, o la proporción correspondiente de dicha suma, de acuerdo con lo previsto por la cláusula 3 de esta cobertura adicional si la invalidez fuera parcial permanente. En ambos casos, se abonará el beneficio siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

INVALIDEZ PERMANENTE

Cláusula 2: Si el accidente causara una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las condiciones particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida, y según se indica a continuación:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100%
---	------

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

b) Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis del codo en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

c) Miembros inferiores	
Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud o propuesta que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los caos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

CONCURRENCIA DE INVALIDEDECES

Cláusula 3: Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria, de contratarse ambas coberturas adicionales en conjunto.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 4: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 5: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 4 de las presentes condiciones.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 6: La indemnización por esta cobertura adicional es sustitutiva del capital que debiera liquidarse en caso de Muerte accidental del Asegurado. Con el pago del mismo, el Asegurador queda librado de cualquier otra obligación con el Asegurado.

EXCLUSIONES

Cláusula 7: Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente apartado no cubre:

- a) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 8: La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TEMPORARIA

C002

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso de que el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente – de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 3 de las Condiciones Generales -, que fuera la causa originaria de su invalidez total temporaria.

Las prestaciones se abonarán siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

INVALIDEZ TEMPORARIA

Cláusula 2: Si el accidente causare una invalidez temporaria que impida al asegurado desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, el Asegurador le pagará la indemnización estipulada para este caso por toda la duración de la invalidez, desde el primer día de la invalidez temporaria hasta el máximo de días establecido en las Condiciones Particulares, el cual no superará los 120 días.

CONCURRENCIA DE INVALIDECES

Cláusula 3: Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria, de contratarse ambas coberturas adicionales en conjunto.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 4: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones

necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta definitiva.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 5: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 4 de las presentes condiciones.

PERÍODO DE CARENCIA

Cláusula 6: Contrariamente a lo estipulado en la Cláusula 21 de las Condiciones Generales de la presente póliza, se deja constancia que, toda indemnización motivada por invalidez temporaria, tendrá una carencia establecida en las Condiciones Particulares de hasta diez días, a contar del primer día de tratamiento médico motivado por el accidente; en consecuencia el Asegurador pagará la indemnización estipulada a partir del primer día subsiguiente al de la citada carencia.

EXCLUSIONES

Cláusula 7: Quedarán excluidos los riesgos descriptos en las Condiciones Generales de la póliza.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 8: La cobertura del riesgo de invalidez prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA ADICIONAL DE CUADRIPLEJIA O PARAPLEJIA

C004

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

La misma no podrá ser contratada en forma conjunta con la cobertura de Invalidez total o parcial permanente.

El asegurador se compromete al pago de la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso de que el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente – de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 3 de las Condiciones Generales -, que fuera la causa originaria de su invalidez a causa de cuadruplejia o paraplejia.

El beneficio se abonará siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

CUADRIPLEJIA O PARAPLEJIA

Cláusula 2: Si el accidente causase una invalidez que fuese la causa de cuadruplejia o paraplejia, el Asegurador pagará al Asegurado la indemnización estipulada para este caso en las Condiciones Particulares.

Los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Cuadruplejia: parálisis total de ambos brazos y ambas piernas como consecuencia inmediata de un accidente.

Paraplejia: parálisis total de ambas piernas y de la mitad inferior del cuerpo como consecuencia inmediata de un accidente.

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, el Asegurador abonará al Asegurado aquel riesgo cubierto al que corresponda la indemnización mayor. En tal caso, automáticamente quedarán sin efecto las restantes coberturas establecidas por Invalidez.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 3: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros).

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente que acrediten la cuadriplejia o la paraplejia.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 4: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 3 de las presentes condiciones.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 5: El beneficio acordado por invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere la cláusula 1 de las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, si el monto abonado por invalidez resulta coincidente con el de muerte accidental.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte accidental, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez.

EXCLUSIONES

Cláusula 6: Quedarán excluidos los riesgos descriptos en las Condiciones Generales de la póliza.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 7: La cobertura del riesgo de invalidez (cuadriplejia o paraplejia) prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA ADICIONAL TAXATIVA DE FRACTURA DE HUESOS

C005

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El asegurador se compromete al pago de la proporción, de acuerdo con lo previsto por la cláusula 2 de esta cobertura adicional, de la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, en el caso de que el Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente – de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 3 de las Condiciones Generales -, que fuera la causa originaria de su fractura de huesos.

El beneficio se abonará siempre que la fractura se produzca en el momento del accidente.

Los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Fractura: rotura de un hueso debido a un traumatismo. Lesión ósea consistente en una solución de continuidad, completa o incompleta, con o sin desplazamientos de los fragmentos.

FRACTURA DE HUESOS

Cláusula 2: Si el accidente causara una fractura que produjese como consecuencia una invalidez permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado el porcentaje sobre la indemnización estipulada para la cobertura de muerte en las condiciones particulares, que corresponda de acuerdo a la fractura de huesos sufridas, y según se indica a continuación:

Fractura de

• Cadera, Pelvis, Cuello	2,00%
• Cráneo, Omóplato	1,50%
• Fémur, Clavícula, Esternón	1,25%
• Húmero, Rótula, Codo	1,00%
• Antebrazo, Pierna, Mandíbula	0,90%
• Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie	0,80%
• Vértebra, Costilla	0,75%

Máximo de fracturas 3,50%

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo del Asegurador no podrá superar el importe máximo de 3,50%.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 3: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros) .

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando

la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente que incluirá el detalle de el/los hueso/s fracturado/s.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 4: El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 3 de las presentes condiciones.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 5: El beneficio acordado por esta Condición Específica es adicional e independiente del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte.

EXCLUSIONES

Cláusula 6: Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente apartado no cubre la rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 7: La cobertura del riesgo de fractura de huesos prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA ADICIONAL DE REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

C006

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 1: Estas Condiciones Específicas no rigen si no figura su inclusión en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado Individual.

El asegurador se compromete al reembolso de todos los gastos médicos incurridos, motivados por un evento accidental – de acuerdo con la descripción prevista en la cláusula 3 de las Condiciones Generales -, sujeto a las limitaciones indicadas en la presente cobertura adicional y en las Condiciones Particulares y siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, a aquella persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos.

En caso de poseer Obra Social o Medicina Prepaga esta cobertura operará por encima de los beneficios que estas otorgan y hasta los límites de la cobertura contratada en el presente seguro

El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes, estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supera el monto del daño sufrido.

REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

Cláusula 2: Se considerarán gastos cubiertos aquellos que sean: médicamente necesarios, razonables y acostumbrados e incurridos en la República Argentina.

Se entiende por gastos médicamente necesarios aquellos que:

- Son apropiados y esenciales. Entendiéndose por los mismos a todos aquellos tratamientos recetados por el médico a cargo del paciente que sean necesarios para su recuperación. Excluyendo tratamientos de naturaleza estética y experimental.
- No exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Han sido prescritos por un médico.
- Son consistentes con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
- En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratados fuera del mismo sin riesgo para el paciente.

Se entiende por gastos razonables y acostumbrados cuando:

- Son cargos usuales que cobra el prestador por esa prestación.
- No exceden el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.

Sólo se reembolsarán los gastos médicos derivados de:

1).- INTERNACIÓN EN UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL (Establecimiento legalmente autorizado, que posee servicio de atención al paciente durante las veinticuatro (24) horas del día, y cuyos profesionales ejerzan legalmente su actividad) en concepto de:

- a. Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación privada, semiprivada, sala o pabellón, o unidad de cuidado intensivo.
Los Gastos Cubiertos por la estancia en una unidad de cuidado intensivo estarán limitados a tres veces la cantidad que se hubiera pagado por la estancia en una habitación semiprivada (o una habitación privada en el caso en que el Hospital no posea habitaciones semiprivadas).
- b. otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica o por servicios de cualquier clase proporcionados a un Pariente Cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital.

2).- HONORARIOS, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o por cirugía efectuada y prescriptas por un médico.

3).- VISITAS MEDICAS EN EL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL, efectuadas a una Persona Cubierta mientras se encuentre recluida. El Asegurador reembolsará solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización y se entenderá por visita médica la visita personal hecha por el Médico de cabecera a la persona cubierta en el Establecimiento Asistencial.

4).- POR LOS SERVICIOS Y TRATAMIENTOS SIGUIENTES:

- a. anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anesitólogo profesional.
- b. exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computadas u otras pruebas similares, siempre que hayan sido suministrados por un Médico, o bajo la supervisión de un Médico y que tengan relación con la patología del accidente.
- c. oxígeno, y su administración.

5).- DROGAS Y MEDICINAS, que sean prescriptas por un médico y que tengan relación con la patología del accidente.

DIAGNÓSTICO Y RECLAMOS

Cláusula 3:

Diagnóstico: Para proceder al reembolso se requerirá el diagnóstico positivo hecho por un médico, más las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualquier otro reporte o resultado de pruebas en la que fue basado dicho diagnóstico.

Aviso al Asegurador: El Asegurado, está obligado a comunicar el accidente al Asegurador dentro de las 72 horas de ocurrido. *Reclamos por gastos cubiertos:* La solicitud de reintegros por gastos incurridos, deberá ser presentada por escrito, adjuntándose los comprobantes de gastos, dentro de los sesenta (60)

días siguientes a la fecha en la que fueran realizados. Expirado dicho plazo vencerá el derecho del asegurado de percibir el reintegro, siempre y cuando se demuestre que al asegurado le hubiera sido posible enviar la información estipulada.

El asegurado deberá efectuar sus denuncias y reclamos dentro de los plazos estipulados salvo que acredite fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

En todos los casos indicados, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar del empleador, la obra social, los prestadores intervinientes o cualquier entidad o persona involucrados la información que considere necesaria para procesar y liquidar un reclamo. Por otra parte el Asegurador se reserva también el derecho de solicitar, a su cargo, exámenes médicos adicionales por un profesional de su elección. Por último el Asegurador, queda facultado a solicitar al Asegurado, y este se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que necesite con relación al reembolso a abonar. Por otra parte el asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. En ningún caso el asegurador tendrá derecho a seleccionar o participar en la selección del establecimiento asistencial o prestador que brinde cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro.

Plazo de prueba: La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber su aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones e informes a que se refiere el inciso anterior no resultaran concluyentes, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Auditoría: El asegurador tendrá derecho a efectuar auditorías médicas y contables con relación a los gastos cubiertos y los reclamos que de ellos se deriven. Asimismo, se implementará un programa de auditoría en las historias clínicas de aquellos asegurados cubiertos por cualquiera de las coberturas.

CARGAS DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Cláusula 4: El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (art. 46 y 47 Ley de Seguros) .

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en

cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (art. 46 Ley de Seguros) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En especial, el Asegurado deberá presentar la documentación pertinente.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

Cláusula 5: Los reembolsos se realizarán dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere la Cláusula 4 de las presentes condiciones.

CARÁCTER DEL BENEFICIO:

Cláusula 6: Los reembolsos previstos por esta cobertura son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza y, en consecuencia, la Compañía no hará por tal concepto deducción alguna de la suma asegurada al pagarse cualquiera de ellos.

EXCLUSIONES

Cláusula 7: Sin perjuicio de las exclusiones indicadas en las Condiciones Generales, la cobertura prevista en el presente apartado no cubre el reembolso de los cargos incurridos por cualquier cirugía, servicio, tratamiento o suministro que:

- a) Fuera proporcionado antes del inicio de vigencia de esta Cobertura, o después de su finalización;
- b) Incurrido en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos;
- c) Considerado experimental.
- d) Que exceda los gastos razonables y acostumbrados, entendiéndose por tal:
 - Al cargo usual que cobra el prestador por esa prestación
 - No excede el cargo que cobran la mayoría de los proveedores de similares características.
- e) Que no sea médicamente necesario, entendiéndose por tal:
 - Es apropiado y esencial.
 - No excede en alcance duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - Ha sido prescripto por un médico.
 - Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Argentina.
 - En el caso de una internación en un establecimiento asistencial, que no pueda ser tratado fuera del mismo sin riesgo para el paciente.
- f) Incurrido por la compra o alquiler de silla de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire o cualesquiera otros artículos o equipos similares.
- g) Por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.
- h) Incurrido por servicios de cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un establecimiento o institución de convalecencia, hospicio, asilo u Hogar de ancianos o servicios de custodia, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia del accidente cubierto.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Cláusula 8: La cobertura prevista en esta cláusula, cesará al caducar la póliza por cualquier causa, o dejar de hallarse en pleno vigor.