

SEGURO DE SEPELIO Y ACCIDENTES PERSONALES

SECCION SEPELIO
ANEXO A LAS CONDICIONES PARTICULARES

Personas Asegurables:

Descripción	Mínima de Ingreso	Máxima de Ingreso	Máxima de permanencia
Titular	18 años	75 años	85 años
Cónyuge o Conviviente	18 años	75 años	85 años
Dependientes	6 meses	25 años	26 años

Condiciones Generales Comunes (CCGG)

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIO - Seguros Colectivos De Sepelio

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura:

Asegurado Titular

COBERTURA POR REINTEGRO DE GASTOS - Seguro Colectivo de Sepelio	
Suma Asegurada (Artículo 2: Límites Indemnizatorios)	\$120.000
Edad máxima de cobertura (Condiciones Generales – Art. 2)	85 años

Asegurado Cónyuge

COBERTURA POR REINTEGRO DE GASTOS - Seguro Colectivo de Sepelio	
Suma Asegurada (Artículo 2: Límites Indemnizatorios)	\$120.000
Edad máxima de cobertura (Condiciones Generales – Art. 2)	85 años

Dependientes

COBERTURA POR REINTEGRO DE GASTOS - Seguro Colectivo de Sepelio	
Suma Asegurada (Artículo 2: Límites Indemnizatorios)	\$120.000
Edad máxima de cobertura (Condiciones Generales – Art. 2)	26 años

Discriminación del Premio Mensual (en pesos):

Discriminación del Premio:

	Titular	Cónyuge	Dependientes
Prima de Tarifa	\$ 377	\$ 377	\$ 184
Impuestos	\$ 23	\$ 23	\$ 11
Premio	\$ 400	\$ 400	\$ 195

Moneda: Pesos Argentinos

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 N° 21.526.

c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 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 librada por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el referido artículo 1 de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

IMPORTANTE: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (Art. 12° de la Ley de Seguros)

La Presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Para los menores de 14 años, el capital asegurado por muerte deberá ser destinado exclusivamente a la cobertura de los gastos de sepelio realmente incurridos, por lo que la Suma Asegurada Máxima para estos menores no será nunca superior al valor de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM) conforme el último SMVM publicado al mes de diciembre del año anterior (conforme surge de la Resolución General SSN N° 40.091)

010 - Aviso de protección de datos

Chubb Seguros Argentina S.A. (“Chubb”) recaba y procesa la información personal que usted le proporciona (en forma directa o indirecta mediante su Corredor de Seguros) a fin de ofrecerle servicios de seguros y de siniestros. Chubb mantendrá la confidencialidad de esta información de conformidad con la legislación sobre privacidad de datos de la Argentina. En caso de brindar información incompleta, falsa o incorrecta, Chubb podrá no estar en condiciones de ofrecerle cobertura, o bien el contrato podrá declararse nulo y sin valor (artículo 5º, ley 17.418).

A los efectos de administrar su póliza, Chubb utilizará y almacenará su información personal en una base de datos electrónica segura. Usted podrá acceder a la información personal provista mediando una solicitud razonable. A tal fin, puede comunicarse con el Departamento “Suscripción” de Chubb a la dirección contactoargentina@chubb.com. Para poder darle a usted acceso a la red mundial de conocimiento y experiencia en materia de seguros, Chubb podrá poner su información personal a disposición de representantes autorizados selectos de las aseguradoras miembro de Chubb Group of Insurance Companies que operan fuera de la Argentina como así también a reaseguradores. Chubb protegerá su información personal de conformidad con su política de protección de datos.

Chubb no dará a conocer información personal sensible relacionada con usted sin su consentimiento expreso, según lo exija la ley.

En los casos en que la solicitud de cotización o cobertura de seguro fuere presentada por una persona jurídica y contenga información personal o sensible acerca de personas físicas, la aceptación de la cotización y el pago de la prima de la póliza implican que tal persona jurídica ha notificado a los individuos cuya información personal proporciona y a los efectos dispuestos anteriormente ha obtenido de ellos el respectivo consentimiento.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído N° 119.343

Anexo I - Exclusiones
Seguro Colectivo de Sepelio

Artículo 16° - Residencia y viajes – Riesgos no cubiertos – Pérdida del derecho a la indemnización

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario, salvo que el certificado individual de cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia del mencionado certificado.
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado.
- c) Participación en empresa criminal.
- d) Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario
- e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente
- f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

CONDICIONES GENERALES COMUNES
Seguro Colectivo De Sepelio

Artículo 1° - Disposiciones Fundamentales

Preeminencia normativa: Esta póliza se integra con estas Condiciones Generales Comunes y las Condiciones Particulares (Frente de Póliza). En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes y las Particulares predominarán estas últimas”.

Reticencia:

Esta póliza y los respectivos Certificados Individuales han sido extendidos por la Aseguradora sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador en su solicitud y las declaraciones suscriptas por los Asegurados Titulares en sus solicitudes individuales.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados Titulares, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los certificados individuales, o hubiere modificado las condiciones de los mismos, si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados individuales.

El seguro será válido respecto de aquellas personas a las que no se refiere la declaración falsa o reticente. Excepto que, a juicio de peritos, dicha reticencia hubiese impedido la cobertura de la totalidad del grupo asegurado.

La aseguradora cuenta con un plazo de tres meses, contado desde que tomó conocimiento de la reticencia, para impugnar el contrato de nulidad o proceder a su reajuste.

Artículo 2° - Vigencia

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (00) horas del día fijado en Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia. La misma será de vigencia anual renovable automáticamente, salvo que en Condiciones Particulares se indique un plazo de vigencia distinto.

No obstante ello, cualquiera de las partes (Tomador o Aseguradora) deberá notificar de manera fehaciente, y con una anticipación no menor a treinta (30) días corridos al vencimiento de la vigencia de la póliza, su decisión de no renovar.

Artículo 3° - Asegurado Titular - Personas Asegurables

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.

Artículo 4° - Grupo Familiar – Personas Asegurables

El Asegurado Titular podrá incluir en el presente seguro al cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación y/o a sus hijos y/o padres y/o padres políticos y/o a las personas que convivan con el asegurado y reciban del mismo ostensible trato familiar. Todos ellos deben reunir los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Aseguradora, y que no excedan la Edad Máxima de Ingreso que se indique en las Condiciones Particulares. Los hijos susceptibles de cobertura lo serán hasta alcanzar los VEINTICINCO (25) años, a menos que se indique una edad menor en las Condiciones Particulares, salvo los hijos incapaces que se encuentren legalmente a cargo del Asegurado Titular que podrán continuar asegurados incluso luego de cumplidos los VEINTICINCO (25) años.

Para el caso en que DOS (2) Asegurados Titulares puedan incorporar como integrantes del Grupo Familiar a la o las mismas personas, dicha inclusión deberá ser efectuada únicamente por UN (1) 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.

Artículo 5° - Forma y plazo para solicitar la Cobertura Individual:

- a) Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud Individual que a este efecto proporciona la Aseguradora. La solicitud deberá formularla dentro del plazo de 1 (un) mes, no inferior a 30 (treinta) días corridos, a contar desde la fecha en que sea asegurable.
- b) Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido el plazo indicado en el inciso anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su incorporación nuevamente al seguro después de haber rescindido la cobertura, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora a través del cuestionario de salud provisto por la misma, en el caso que la Aseguradora exija a tales efectos el cumplimiento de pruebas de asegurabilidad.
- c) Toda Solicitud Individual recibida por el Contratante deberá ser remitida por éste a la Aseguradora dentro del plazo de 3 (tres) días hábiles de recibida la misma.
- d) La Aseguradora se reserva el derecho de resolver en cada caso si el solicitante es asegurable y podrá rechazar su solicitud.
- e) Se determina un plazo de treinta (30) días corridos desde la recepción de la Solicitud Individual por parte de la Aseguradora, para que ésta se expida sobre la aceptación del asegurado, en caso de silencio por parte de la misma la solicitud individual se considerará aceptada.

Artículo 6° - Certificados Individuales de Cobertura:

Admitida la incorporación del Asegurado, la Aseguradora por intermedio del Tomador, proporcionará al Asegurado Titular un Certificado Individual de Cobertura, en el que se establecerán los derechos y obligaciones de las partes, el monto del respectivo capital asegurado, la fecha de entrada en vigor y demás datos, tanto del "Asegurado Titular" como de los "Asegurados Familiares" en caso de corresponder, de acuerdo a la reglamentación vigente.

En caso de que se produzca alguna modificación de los enunciados precedentes, la Aseguradora otorgará un nuevo certificado de Cobertura Individual con las correspondientes correcciones.

Artículo 7° - Fecha de entrada en vigor de cada Certificado Individual de Cobertura:

Los asegurables que hubieran solicitado su incorporación a esta póliza hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de vigencia, y la misma hubiera sido aprobada por la Aseguradora, quedarán comprendidos en la póliza.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza dentro de los treinta (30) días corridos de adquirida tal condición, quedarán comprendidos en la misma a partir del día primero del mes siguiente de la aceptación de la respectiva solicitud de cobertura, por parte de la Aseguradora

La fecha de Inicio de vigencia de cada Certificado Individual de Cobertura estará establecida en el mismo.

Artículo 8° - Número mínimo de Asegurados Titulares y porcentaje mínimo de adhesión

Es condición expresa para que este seguro entre en vigor y mantenga su vigencia en las condiciones pactadas en materia de capitales y primas, que tanto la cantidad de Asegurados Titulares como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro, alcancen por lo menos, los mínimos indicados en las Condiciones Particulares.

Si en un determinado momento no se reunieran los requisitos mínimos antes mencionados, la Aseguradora se reserva el derecho de modificar la tasa de prima aplicada. La Aseguradora notificará su decisión por escrito al Contratante con una anticipación mínima de treinta (30) días corridos a la fecha de aplicación de la modificación.

Asimismo, si se produjere una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de Asegurados Titulares y/o en la sumatoria de los capitales asegurados individuales, se podrá realizar un nuevo cálculo de prima promedio, la que regirá hasta el vencimiento del plazo de vigencia en curso.

Artículo 9° - Plazo de Carencia:

La cobertura prevista en esta póliza estará sujeta a un Plazo de Carencia de 30 (treinta) días corridos, salvo que en Condiciones Particulares se indique un plazo menor, durante el cual el Asegurado está obligado al pago de las primas, a contar desde la fecha de vigencia inicial del Certificado Individual de Cobertura.

Si ocurriera el fallecimiento del Asegurado durante el Plazo de Carencia no será de aplicación el beneficio previsto en esta póliza, excepto en aquellos casos en que el fallecimiento ocurra como consecuencia de un accidente. Se entenderá por "accidente" a toda lesión corporal producida directa y exclusivamente por causas externas violentas, fortuitas e independientes de la voluntad del Asegurado.

Queda establecido que la Aseguradora, únicamente podrá aplicar el Plazo de Carencia, cuando no exija Requisitos de Asegurabilidad.

Artículo 10° - Prima del Seguro:

10.1. La prima media inicial por mil mensual de capital asegurado, inserta en las Condiciones Particulares de esta póliza, resulta del cociente entre la sumatoria del producto de la tarifa correspondiente a la edad y al capital de cada individuo integrante del grupo asegurable y el total de los capitales asegurados.

La misma regirá durante el primer año póliza de vigencia del seguro.

La prima media del seguro podrá ser ajustada en cada aniversario de póliza, por la Aseguradora, quien comunicará por escrito al Tomador la nueva prima media resultante, como asimismo cualquier modificación de la suma asegurada, con una anticipación no menor a los TREINTA (30) días corridos, a la fecha en que comience a regir la misma.

La prima media se aplicará sin ninguna discriminación de edades a todos los asegurados, por lo que el importe a pagar por el Tomador al Asegurador resultará de multiplicar la prima media por el total de capitales asegurados vigentes.

10.2. Las partes podrán convenir:

a) Una prima media inicial por mil de capital asegurado por rango de edades. Dichos rangos serán equidistantes. La metodología de cálculo será similar a la enunciada en párrafos anteriores;

b) Una prima media inicial promedio aplicable teniendo en cuenta los siguientes grupos asegurados:

I) Sólo Asegurado Titular.

II) Grupo Familiar Primario (Asegurado Titular, cónyuge/conviviente e hijos).

III) Grupo Familiar Secundario (Asegurado Titular, cónyuge/conviviente, padres y padres políticos).

IV) Grupo Familiar Primario y Secundario (Asegurado Titular, cónyuge/conviviente, hijos, padres, padres políticos y las personas que convivan con el asegurado y reciban del mismo ostensible trato familiar.

Artículo 11° Rescisión de la Póliza

Tanto el Tomador como la Aseguradora podrán rescindir esta póliza en cualquier vencimiento de primas, previo aviso por escrito con anticipación no menor a los treinta (30) días corridos, sin limitación alguna. Consecuentemente, se rescindirán automáticamente todas las coberturas individuales.

Artículo 12° - Finalización de las Coberturas Individuales

Las coberturas individuales de cada Asegurado finalizarán en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado Titular a continuar con el seguro.
- b) Por fallecimiento del Asegurado Titular
- c) Por dejar de pertenecer el Asegurado Titular al grupo regido por el Tomador
- d) por caducidad o rescisión de la póliza
- e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo establecido en la Cláusula de Cobranza del Premio que forma parte de la presente póliza
- f) Para el caso de los asegurados familiares: cuando pierdan su condición de miembros del Grupo Familiar.
- g) Al cumplir la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

Tanto la renuncia a que se refiere el punto a), como el retiro del grupo previsto en el punto c), deberán ser comunicadas a la Aseguradora por intermedio del Tomador en los formularios previstos a tal efecto dentro de los treinta (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dichos eventos.

La rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas.

La rescisión o caducidad de la cobertura para el Asegurado Titular implica la terminación automática de la cobertura para todos los Asegurados Familiares

En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los certificados individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo de la Aseguradora.

Se dará cobertura a los siniestros ocurridos a los asegurados, siempre que los mismos hayan acontecido antes de la rescisión del Certificado del Asegurado Titular, lo cual no afectará el compromiso de la Aseguradora para con el siniestro, puesto que la obligación es anterior a dicha rescisión.

Artículo 13° - Nomina de Asegurados:

La Aseguradora entregará al Tomador, al momento de emitir la póliza, una nómina completa de los asegurados (titulares y familiares) con las respectivas sumas aseguradas y, asimismo, entregará listas de actualización por ingresos, egresos y variaciones de los capitales asegurados a medida que se produzcan.

Artículo 14° - Obligaciones del Tomador

Son obligaciones del Tomador:

- a) Comunicar a la Aseguradora el fallecimiento de cualquier Asegurado,
- b) Recepcionar y remitir a la Aseguradora los formularios de solicitud individual en tiempo y forma;
- c) Remitir a la Aseguradora, la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma; conforme lo establecido en el artículo 46° de la Ley de Seguros;
- d) Comunicar mensual y regularmente a la Aseguradora, las altas y bajas de los asegurados y las bases para efectuar el cálculo de las primas y capitales asegurados, con la siguiente información: fecha de nacimiento, nombre y apellido, capital asegurado,
- e) Hacer saber a la Aseguradora cualquier cambio de denominación o domicilio;

Artículo 15° - Exclusión de otros Seguros

Queda expresamente estipulado que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio individual o colectivo contratado con la Aseguradora u otra entidad aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

Artículo 16° - Residencia y viajes – Riesgos no cubiertos – Pérdida del derecho a la indemnización

El asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar, dentro o fuera del país.

La Aseguradora, salvo indicación en contrario en Condiciones Particulares, no cubrirá el siniestro cuando el fallecimiento sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario, salvo que el certificado individual de cobertura haya estado en vigor ininterrumpidamente por lo menos por un año completo, contado desde la vigencia del mencionado certificado.
- b) Acto ilícito provocado deliberadamente por el Asegurado.
- c) Participación en empresa criminal.
- d) Acto de terrorismo, cuando el asegurado sea partícipe voluntario
- e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo. Si la guerra comprendiera a la Nación Argentina, las obligaciones de la Aseguradora y del Asegurado se regirán por las normas que para tal emergencia dictara la autoridad competente
- f) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Artículo 17° - Duplicado de póliza y de certificados.

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Tomador podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado, a pedido del Tomador, serán los únicos válidos.

El Tomador y los Asegurados tienen derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza sin costo alguno.

Artículo 18° - Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros es el último declarado por ellas.

Artículo 19° - Impuestos tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo, o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Asegurados, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Aseguradora.

Artículo 20° - Jurisdicción

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza podrá ser dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes del lugar de su emisión. Para el caso en que la póliza y/o el Certificado Individual hayan sido emitidos en una jurisdicción distinta al domicilio del asegurado, éste podrá recurrir a los Tribunales Ordinarios competentes correspondientes a su domicilio.

Artículo 21° - Cesiones

Los derechos emergentes de esta póliza son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIO
Seguros Colectivos De Sepelio

Artículo 1°: El premio anual (fraccionado en forma mensual) de este seguro deberá pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación, por alguno de los medios de pagos habilitados de conformidad con la normativa vigente y que se indiquen en las Condiciones Particulares.

En el caso de fraccionamiento del pago de la prima, la primera de ellas deberá contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al seguro.

El componente financiero será como mínimo el que resulte de la aplicación de la Tasa Libra Pasiva del Banco de la Nación Argentina calculada sobre el saldo de deuda.

El premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura o endoso de cada período de facturación (art. 30 de la Ley 17.418).

Se entiende por Premio, la Prima mas los impuestos, tasas gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2º: La Aseguradora concede un Plazo de Gracia de un mes (no inferior a 30 días corridos) para el pago del Premio, sin recargos de intereses. Durante este plazo la póliza continuará en vigor. Si dentro de éste plazo se produjera un siniestro amparado por la presente póliza, se deducirá de la suma a abonarse el premio o fracción de premio impago vencido.

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.

Vencido el Plazo de Gracia para el pago del premio exigible, sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente “Suspendida” desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo.

El plazo máximo de Suspensión de la póliza, será de sesenta (60) días corridos contados a partir de la hora cero (0) del día siguiente al vencimiento del plazo de gracia. Sin embargo el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor de la Aseguradora 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.

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: Los derechos que la póliza acuerda al asegurado, nacen a la misma hora y día que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Artículo 4º: Las disposiciones de la presente cláusula son también aplicables a los premios de los seguros contratados por períodos menores a un (1) año y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5º: Los pagos que resulten de la aplicación de la presente cláusula se efectuarán a través de alguno de los medios de pago dispuestos por la entidad, dentro de los autorizados oportunamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación teniendo en cuenta la reglamentación vigente.

Artículo 6°: Aprobada la liquidación de un siniestro la Aseguradora podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA REINTEGRO DE GASTOS - Seguros Colectivos De Sepelio

Artículo 1° - Objeto del Seguro

Ocurrido el fallecimiento de una persona asegurada durante la vigencia de esta póliza, estando ella y el respectivo Certificado Individual de Cobertura en pleno vigor, y una vez transcurrido el Plazo de Carencia que se indica en el artículo 9° de las Condiciones Generales Comunes de la póliza (de resultar aplicable), la Aseguradora se obliga a reembolsar a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado los gastos derivados del servicio de sepelio hasta la concurrencia de la Suma Máxima Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares. Dicha Suma Asegurada deberá fijarse en función del Servicio de sepelio/inhumación y/o cremación solicitado

Artículo 2° - Capitales Asegurados:

El capital individual asegurado será uniforme para todos los integrantes del grupo, pero podrá convertirse una fracción del mismo para los menores de 14 años

Los capitales individuales asegurados podrán ser modificados por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza si el precio del servicio de sepelio pactado varía en razón de mayores costos de los elementos que lo componen, previa notificación a los Asegurados de treinta (30) días corridos, de los nuevos capitales asegurados y aceptación por parte de los mismos.

Artículo 3° - Requisitos por fallecimiento:

Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Asegurador efectuará el reintegro de los gastos de servicio de sepelio, a la persona que acredite fehacientemente haber efectuado su pago.

El Contratante, los parientes, personas allegadas o los herederos legales, según corresponda harán la correspondiente comunicación por escrito al Asegurador dentro de los tres (3) días hábiles de haberlo conocido salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

El pago de beneficio se efectuará dentro de los quince (15) días corridos de haber recibido las siguientes pruebas:

- a) Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.
- b) Comprobante original de los gastos realizados para el sepelio.
- c) El Certificado Individual de cobertura que amparaba al extinto.
- d) Constancia emitida por autoridad competente de cualquier actuación que se hubiera instruido con motivo del hecho que hubiere determinado su muerte.

En el caso de que la persona fallecida fuera integrante del Grupo Familiar asegurado, también se deberá presentar:

- a) La documentación probatoria del vínculo con el Asegurado Titular.
- b) Documentación probatoria de su inclusión en la póliza (Certificado Individual de cobertura)

SECCION ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO A LAS CONDICIONES PARTICULARES

Personas Asegurables:

Descripción	Mínima de Ingreso (*)	Máxima de Ingreso (*)	Máxima de permanencia (**)
Titular	18	75	85
Cónyuge	18	75	85
Hijos	6	25	26

(*) Condiciones Generales – Cláusula 2 (Definiciones) — Punto 2.1.4.

(**) Condiciones Generales — Cláusula 17 (Terminación de la Cobertura Individual) — Punto 17.1.a.

Condiciones Generales Comunes (CCGG)

Cláusulas Anexas a las Condiciones Generales Comunes:

ACGC - 002	Seguro Colectivo
ACGC - 005	Cláusula de Interpretación
ACGC - 009	Cláusula de Cobranza del Premio - Con Pago de la Prima a cargo del Asegurado en Pólizas Colectivas
ACGC - 011	Cláusula de Renovación Automática

Condiciones Generales Específicas

El ámbito y el período de cobertura serán los establecidos en la cláusula de definiciones de la Condición General Específica contratada, cuyo texto se transcribe a continuación, resultando de aplicación a todas las coberturas contratadas:

Ámbito geográfico - Mundo Entero

Período de cobertura:

CGE - 001	Cobertura durante las 24hs
-----------	----------------------------

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura - Titular

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL — CE 001		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 900.000,-
	Opción 2	\$ 1.250.000,-
	Opción 3	\$ 1.450.000,-
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE — TOTAL Y PARCIAL — CE 005		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 1.2)	Opción 1	\$ 900.000,-
	Opción 2	\$ 1.250.000,-
	Opción 3	\$ 1.450.000,-
COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS — CE 006		

Sumas Aseguradas (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	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%	
Nota: valores expresados como porcentajes de la Suma Asegurada de la cobertura de Invalidez.		
Máximo por Accidente (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 31.500,-
	Opción 2	\$ 43.750,-
	Opción 3	\$ 50.750,-
COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA) — CE 007		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 900,-
	Opción 2	\$ 2.250,-
	Opción 3	\$ 2.800,-
Máximos días cubiertos (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	30 días	
Período de espera (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	3 días	
COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS — CE 009		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Definiciones — Punto 1.1.1)	Opción 1	\$ 27.000,-
	Opción 2	\$ 37.500,-
	Opción 3	\$ 43.500,-
Deducible (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	\$ 10%	
COBERTURA DE QUEMADURAS GRAVES - CE 016		
Sumas Aseguradas Máxima (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios)	Opción 1	\$ 58.500,-
	Opción 2	\$ 81.250,-
	Opción 3	\$ 94.250,-

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura - Cónyuge:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL — CE 001		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 450.000,-
	Opción 2	\$ 625.000,-
	Opción 3	\$ 725.000,-
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE — TOTAL Y PARCIAL — CE 005		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 1.2)	Opción 1	\$ 450.000,-
	Opción 2	\$ 625.000,-
	Opción 3	\$ 725.000,-
COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS — CE 006		
Sumas Aseguradas (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Cadera, Pelvis, Cuello: 2,00% Cráneo, Omóplato: 1,50%	

Nota: valores expresados como porcentajes de la Suma Asegurada de la cobertura de Invalidez.	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 por Accidente (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 15.750,-
	Opción 2	\$ 21.875,-
	Opción 3	\$ 25.375,-
COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA) — CE 007		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 450,-
	Opción 2	\$ 1.125,-
	Opción 3	\$ 1.400,-
Máximos días cubiertos (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	30 días	
Período de espera (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	3 días	
COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS — CE 009		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Definiciones — Punto 1.1.1)	Opción 1	\$ 13.500,-
	Opción 2	\$ 18.750,-
	Opción 3	\$ 21.750,-
Deducible (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	\$ 10%	
COBERTURA DE QUEMADURAS GRAVES - CE 016		
Sumas Aseguradas Máxima (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios)	Opción 1	\$ 29.250,-
	Opción 2	\$ 40.625,-
	Opción 3	\$ 47.125,-

Riesgos cubiertos y condiciones de cobertura - Hijos:

COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL — CE 001		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 112.500,-
	Opción 2	\$ 156.250,-
	Opción 3	\$ 181.250,-
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE — TOTAL Y PARCIAL — CE 005		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 1.2)	Opción 1	\$ 112.500,-
	Opción 2	\$ 156.250,-
	Opción 3	\$ 181.250,-
COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS — CE 006		
Sumas Aseguradas (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos- Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Cadera, Pelvis, Cuello: 2,00% Cráneo, Omóplato: 1,50% Fémur, Clavícula, Esternón: 1,25%	

Nota: valores expresados como porcentajes de la Suma Asegurada de la cobertura de Invalidez.	Húmero, Rótula, Codo: 1,00% Antebrazo, Pierna, Mandíbula: 0,90% Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie: 0,80% Vértebra, Costilla: 0,75%	
Máximo por Accidente (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 3.938,-
	Opción 2	\$ 5.469,-
	Opción 3	\$ 6.344,-
COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA) — CE 007		
Suma Asegurada (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	Opción 1	\$ 113,-
	Opción 2	\$ 281,-
	Opción 3	\$ 350,-
Máximos días cubiertos (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	30 días	
Período de espera (Cláusula 3: Carácter del beneficio — Punto 3.2)	3 días	
COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS — CE 009		
Suma Asegurada (Cláusula 1: Definiciones — Punto 1.1.1)	Opción 1	\$ 3.375,-
	Opción 2	\$ 4.688,-
	Opción 3	\$ 5.438,-
Deducible (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios — Punto 2.2)	\$ 10%	
COBERTURA DE QUEMADURAS GRAVES - CE 016		
Sumas Aseguradas Máxima (Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios)	Opción 1	\$ 7.313,-
	Opción 2	\$ 10.156,-
	Opción 3	\$ 11.781,-

Discriminación del Premio - Titular:

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Prima de Tarifa	\$ 537,60.-	\$ 690,43.-	\$ 844,03.-
Impuestos	\$ 162,40.-	\$ 208,56.-	\$ 254,96.-
Premio	\$ 700.-	\$ 899.-	\$ 1.099.-

Discriminación del Premio - Cónyuge:

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Prima de Tarifa	\$ 268,80.-	\$ 345,60.-	\$ 422,40.-
Impuestos	\$ 81,20.-	\$ 104,40.-	\$ 127,60.-
Premio	\$ 350.-	\$ 450.-	\$ 550.-

Discriminación del Premio - Hijos:

	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Prima de Tarifa	\$ 67,58	\$ 86,78	\$ 105,98.-
Impuestos	\$ 20,41.-	\$ 26,21.-	\$ 32,01.-
Premio	\$ 88.-	\$ 113.-	\$ 138.-

Moneda: Pesos Argentinos

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 N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 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.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el referido artículo 1 de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora"

IMPORTANTE: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (Art. 12° de la Ley de Seguros)

La Presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Para los menores de 14 años, el capital asegurado por muerte deberá ser destinado exclusivamente a la cobertura de los gastos de sepelio realmente incurridos, por lo que la Suma Asegurada Máxima para estos menores no será nunca superior al valor de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM) conforme el último SMVM publicado al mes de diciembre del año anterior (conforme surge de la Resolución General SSN N° 40.091)

OIO - Aviso de protección de datos

Chubb Seguros Argentina S.A. ("Chubb") recaba y procesa la información personal que usted le proporciona (en forma directa o indirecta mediante su Corredor de Seguros) a fin de ofrecerle servicios de seguros y de siniestros. Chubb mantendrá la confidencialidad de esta información de conformidad con la legislación sobre privacidad de datos de la Argentina. En caso de brindar información incompleta, falsa o incorrecta, Chubb podrá no estar en condiciones de ofrecerle cobertura, o bien el contrato podrá declararse nulo y sin valor (artículo 5°, ley 17.418).

A los efectos de administrar su póliza, Chubb utilizará y almacenará su información personal en una base de datos electrónica segura. Usted podrá acceder a la información personal provista mediando una solicitud razonable. A tal fin, puede comunicarse con el Departamento "Suscripción" de Chubb a la dirección contactoargentina@chubb.com. Para poder darle a usted acceso a la red mundial de conocimiento y experiencia en materia de seguros, Chubb podrá poner su información personal a disposición de representantes autorizados selectos de las aseguradoras miembro de Chubb Group of Insurance Companies que operan fuera de la Argentina como así también a reaseguradores. Chubb protegerá su información personal de conformidad con su política de protección de datos.

Chubb no dará a conocer información personal sensible relacionada con usted sin su consentimiento expreso, según lo exija la ley.

En los casos en que la solicitud de cotización o cobertura de seguro fuere presentada por una persona jurídica y contenga información personal o sensible acerca de personas físicas, la aceptación de la cotización y el pago de la prima de la póliza implican que tal persona jurídica ha notificado a los individuos cuya información personal proporciona y a los efectos dispuestos anteriormente ha obtenido de ellos el respectivo consentimiento.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución/Proveído N° PV-2018-62440350-APN-GTYN#SSN

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

Cláusula 3: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1 de las presentes Condiciones Generales Comunes.
- b) Lesiones imputables a esfuerzo.
- c) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia

ANEXO I - EXCLUSIONES

inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

- d) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal.
- e) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.
- f) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- h) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- i) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
- j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- k) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares.
- l) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- m) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo.
- n) Accidentes o reacciones nucleares.
- o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
- p) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

CE - 006 - Anexo I

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agrega a efectos de la presente cobertura la siguiente:

- Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES COMUNES

CCGG

Cláusula 1: Preeminencia Contractual

Esta póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, regirá el siguiente orden de prelación:

- Condiciones Particulares
- Cláusulas Adicionales
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales Específicas
- Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Vigencia

La vigencia de la presente póliza será la consignada en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 4: Agravación por Concausas

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 corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Cláusula 5: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada

Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 6: Reticencia

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o 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 - L. de S.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 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 - L. de S.).

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 - L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 7: Agravación o Modificación del Riesgo

El Tomador y/o 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 - L. de S.).

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 - L. de S.).

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.) 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 Tomador y/o Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador y/o 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 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si 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 cuando la agravación provenga de la práctica profesional de deportes o del uso de motocicletas.

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 (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 8: Designación de Beneficiario

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

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 contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 9: Cambio de Beneficiario

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de 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.

Cláusula 10: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

1. El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

2. Desde el momento de hacerse aparente la posibilidad de ocurrencia de un Siniestro que pudiera estar cubierto por la Póliza el Asegurado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas

o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

3. El Asegurado deberá remitir al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de su estado de salud y actualicen el pronóstico de curación.

4. El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

5. El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el Siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

6. En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en los puntos 2, 3, 4,5 y6 producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la Póliza.

Cláusula 11: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, las consecuencias indemnizables del Accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 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 30 días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de 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 fuera designado en el plazo establecido en el primer párrafo, 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 tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Cláusula 12: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago de la Suma Asegurada correspondiente en caso de siniestro dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en las cláusulas 10 y 11, el que sea posterior.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada correspondiente a Muerte Accidental. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 13: Rescisión

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir el contrato de seguro, sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

Cláusula 14: Premio

A partir del inicio de vigencia de la Póliza, el premio correspondiente al mismo deberá ser abonado al

Asegurador de la forma pactada, a través de alguno de los medios de pago previstos en la presente póliza.

Dicho pago estará sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato.

Cláusula 15: Plazos

Todos los plazos de días indicados en la Póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Cláusula 16: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en las presentes Condiciones Generales Comunes, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 17: Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato se substanciará, a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado, o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado, según corresponda, o sus derecho-habientes, podrá/n presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Cláusula 18: Ámbito Geográfico

El presente seguro cubrirá los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina, salvo indicación expresa en contrario en las Condiciones Particulares.

ACGC - 002

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

SEGURO COLECTIVO

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Tomador:** es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.
- **Asegurado:** son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como "Asegurado Titular" en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.
- **Beneficiario:** es aquella persona designada por el Asegurado a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte o, a falta de designación, los herederos legales del Asegurado. La designación o cambio de Beneficiario deberá efectuarse por escrito.
- **Certificado de Incorporación:** es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los "Asegurados Titulares" que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales Comunes y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

Cláusula 2: Obligaciones del Tomador

A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:

- a) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
- b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.

- c) Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador.
- d) Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

- g) en el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definido en el respectivo Suplemento.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

ACGC - 005

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

Cláusula 3: Variación del Grupo Asegurado

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, 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.

Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 4: Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):

- a) por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
- b) por rescisión o caducidad de la Póliza.
- c) por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
- d) por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación.
- e) por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- f) por fallecimiento del Asegurado.

- I. A los efectos de la presente Póliza, déjense expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

1) **Guerra Internacional:** Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o mas país(es) en contra de otro(s) país(es).

2) **Guerra Civil:** Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3) **Guerrilla:** Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la

- población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.
- 4) **Rebelión, Insurrección o Revolución:** Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.
 - 5) **Conmoción Civil:** Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.
 - 6) **Terrorismo:** Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino.
No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.
 - 7) **Sedición o Motín:** Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen 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 descriptos, como ser: asonada, conjuración.
 - 8) **Tumulto Popular:** Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.
 - 9) **Vandalismo o Malevolencia:** Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.
 - 10) **Huelga:** Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

1) **LockOut:** Se entienden por tal:

- a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lockout, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra internacional o guerra civil, de rebelión, de sedición o motín, de conmoción civil, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla, de terrorismo, de huelga o de lockout.

III. 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.

Artículo 1º: El premio de este seguro debe pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia del mismo, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente. En el caso en que la vigencia del seguro se prorrogue automáticamente por períodos iguales en forma sucesiva hasta completar la anualidad, el premio correspondiente a cada período de prórroga de vigencia debe pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia de cada uno de ellos, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente.

Cumplida la anualidad, si el contrato es renovado en forma automática, serán de aplicación para la nueva anualidad las disposiciones del párrafo precedente.

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).

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

Artículo 2º: 2.1. La cobertura que otorga la póliza quedará automáticamente suspendida cuando:

- i) vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, este no fue realizado en término, o
- ii) por cualquier causa imputable al Tomador y/o Asegurado (ej. por haber agotado el crédito disponible), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la tarjeta de crédito declarada por el Tomador y/o Asegurado para tal fin, o
- iii) por cualquier causa imputable al Tomador y/o Asegurado (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Tomador y/o Asegurado para tal fin.

2.2. Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora 24 del día del vencimiento para el pago del premio exigible que no fue realizado en término.

2.3. Sin perjuicio de lo expuesto en los puntos 2.1 y 2.2 precedentes, en el caso en que la vigencia del seguro se prorrogue automáticamente por períodos iguales en forma sucesiva, se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada una de ellos, lapso durante el cual la cobertura que otorga la póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la vigencia original del seguro. Cumplida la anualidad, si el contrato es renovado en forma automática, regirá para cada período, el plazo de gracia estipulado precedentemente.

Si el premio no fuera abonado en dicho plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida, debiendo el Tomador y/o Asegurado abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.

2.4. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

2.5. Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Tomador y/o Asegurado la haya pagado y rehabilitado la misma, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interposición extrajudicial o judicial alguna.

2.6. La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 3º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 4º: Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este contrato de seguro u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores (Art. 921 del Código Civil y Comercial de la Nación).

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PRESENTE CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LAS RESOLUCIONES Nº 429/2000,90/2001 Y 407/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía Nº 407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía Nº 429/2000 y Nº 90/2001, 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 Nº 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 Nº 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad aseguradora.

Los productores asesores de seguros Ley Nº 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía Nº 407/2001.

ACGC - 009

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO Con Pago de la Prima a cargo del Asegurado en Pólizas Colectivas

CAPÍTULO I

Artículo 1º: La vigencia de este seguro será la establecida en las Condiciones Particulares.

De esta forma, el premio de este seguro debe pagarse:

- ✓ al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, en caso de así convenirse,
- ✓ en la cantidad de cuotas establecidas en el Certificado de Incorporación y también en la factura que forma parte integrante del Certificado de Incorporación. En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la hora cero del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato. (Texto conforme Resolución Superintendencia de Seguros de la Nación Nro. 21.600).

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega del Certificado de Incorporación.

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

Artículo 2º: 2.1. La cobertura que otorga el Certificado de Incorporación quedará automáticamente suspendida cuando:

- i) vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, este no fue realizado en término, o
- ii) por cualquier causa imputable al Asegurado (ej. por haber agotado el crédito disponible), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la tarjeta de crédito declarada por el Asegurado para tal fin, o
- iii) por cualquier causa imputable al Asegurado (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Asegurado para tal fin.

2.2. Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora 24 del día del vencimiento para el pago del premio exigible que no fue realizado en término.

2.3. Sin perjuicio de lo expuesto en los puntos 2.1 y 2.2 precedentes, se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada una de las cuotas, lapso durante el cual la cobertura que otorga el Certificado de Incorporación mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primer cuota.

Si el premio no fuera abonado en dicho plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida, debiendo el Asegurado abonar el premio devengado hasta el vencimiento del plazo de gracia.

2.4. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

2.5. Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Asegurado la haya pagado y rehabilitado la misma, el

Certificado de Incorporación quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

2.6. La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 3º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos del Certificado de Incorporación.

Artículo 4º: Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este Certificado de Incorporación u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores (Art. 921 del Código Civil y Comercial de la Nación).

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PRESENTE CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LAS RESOLUCIONES Nº 429/2000,90/2001 Y 407/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía Nº 407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía Nº 429/2000 y Nº 90/2001, 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 Nº 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 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 a favor de la entidad aseguradora.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

ACGC - 011

Cláusula Anexa a las Condiciones Generales Comunes

CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Se deja expresa constancia que las partes han convenido que esta póliza tendrá vigencia anual, según lo indicado en el frente de póliza, con el compromiso por parte del Asegurador de renovarla automáticamente al finalizar su vigencia.

Las condiciones contractuales convenidas en la póliza original se mantendrán en las renovaciones automáticas, incluyendo la presente modalidad de renovación automática, salvo indicación en contrario por parte del Asegurador, que notificará al Tomador y/o Asegurado de las modificaciones introducidas en cada renovación con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

En las sucesivas renovaciones se establecerá la nueva suma asegurada, la variación tarifaria que pudiera corresponder de acuerdo a las tarifas vigentes en ese momento y el premio que surja de la aplicación de las mismas, el que deberá ser pagado de la manera convenida, por los medios habilitados por el régimen de cobranza en vigencia; todo lo cual será notificado al Tomador y/o Asegurado con una antelación no menor a 30 (treinta) días corridos, en cuyo plazo el Tomador y/o Asegurado podrá expedirse sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones. En caso que no se

expida en el plazo estipulado, las nuevas condiciones se consideran aprobadas por el Tomador y/o Asegurado.

CGE - 001

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

COBERTURA DURANTE 24 HS DEL DÍA

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Accidente:** 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 considera también Accidente:

- a) Asfixia o intoxicación por vapores o gases; asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
- b) Quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente.
- c) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Asimismo, se cubren:

- d) los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o

público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular;

- e) los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de deportes y/o entrenamiento, cuando tal práctica y/o participación sea no profesional;

Queda entendido y convenido que en cualquier caso el Accidente debe ocurrir durante el período de vigencia de la Póliza.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la definición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos amparados en cada una de las Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- q) Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo lo especificado en el inciso c) de la cláusula 1 de las presentes Condiciones Generales Comunes.
- r) Lesiones imputables a esfuerzo.
- s) Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- t) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoque -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal.
- u) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente.
- v) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides, excepto cuando estos últimos hayan sido administrados bajo prescripción médica.
- w) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de

acrobacia que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

- x) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- y) Accidentes derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
- z) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- aa) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional que se produzcan en los países que se enumeran en las Condiciones Particulares.
- bb) Accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lockout, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- cc) Accidentes ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes de alto riesgo.
- dd) Accidentes o reacciones nucleares.
- ee) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
- ff) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 4 metros, salvo acuerdo en contrario.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos k) y l) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

CE - 001

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE MUERTE

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Muerte:** fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

En caso de Muerte Accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por otras coberturas eventualmente incluidas en la póliza (excepto las correspondientes a renta por internación y gastos médicos) como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza y del Certificado de Incorporación.

En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CE - 005

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación, 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%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	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%	6%
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 de la muñeca 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%

b) 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 del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del 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 del 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 indemnizada en proporción a la reducción definitiva de

la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 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 que el Asegurado fuera 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 casos 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 del Certificado de Incorporación serán tomadas 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.

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 corresponda a

cargo del Asegurador se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo Accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa.

Cláusula 2: Carácter del beneficio

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 el artículo anterior, 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.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

CE - 006

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Fractura de Huesos:** es la rotura simple de huesos producida como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Fractura de Huesos del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado las Sumas Aseguradas que se indican en las Condiciones Particulares y en el Certificado

de Incorporación, para cada una de las siguientes lesiones:

Fractura de:

- Cadera, Pelvis, Cuello
- Cráneo, Omóplato
- Fémur, Clavícula, Esternón
- Húmero, Rótula, Codo
- Antebrazo, Pierna, Mandíbula
- Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie
- Vértebra, Costilla

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 total máximo por Fractura de Huesos especificado en las Condiciones Particulares y en el respectivo Certificado de Incorporación.

Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales Específicas, se agrega a efectos de la presente cobertura la siguiente:

- Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Cláusula 4: Carácter del beneficio

El beneficio acordado por esta Condición Específica es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte e Invalidez del Asegurado, de modo que la indemnización por tales conceptos se reducirá en el monto que se hubiere abonado por la presente cobertura.

CE - 007

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Renta por Internación:** se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación) como consecuencia inmediata de un Accidente. La Suma Asegurada diaria correspondiente a "Renta por Internación" se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.
- **Establecimiento Asistencial:** es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
- **Internación:** Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Renta por Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado el importe diario estipulado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación por cada día de internación del Asegurado.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta por Internación, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

El Asegurador deberá abonar la Suma Asegurada correspondiente a Renta por Internación en forma diaria, desde el primer día de internación del Asegurado - cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación -, hasta el plazo máximo establecido en las

Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

CE - 009

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Gastos Médicos:** se entienden por tales aquellos medicamentos y/o estudios que hayan sido prescritos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. El deducible a cargo del Asegurado será el previsto en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación. La Suma Asegurada correspondiente a Gastos Médicos se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar la Suma Asegurada correspondiente por los Gastos Médicos incurridos, en exceso del deducible a cargo del Asegurado establecido en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, el Asegurado o su representante deberá:

- ✓ Presentar las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberán constar la identificación de los conceptos facturados.
- ✓ Presentar copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
- ✓ Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la cláusula 10 de las Condiciones Generales Comunes.

CE - 016

CONDICIONES ESPECÍFICAS - COBERTURA DE QUEMADURAS GRAVES

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza y del Certificado de Incorporación, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- **Quemaduras Graves:** se entiende por tales a la presencia de quemaduras de segundo y tercer grado que abarquen una extensión superior o igual al 27% de la superficie corporal, aplicando para tal determinación la “regla de los 9” o la carta de superficie corporal de Lund y Browder.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Quemaduras Graves producidas como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, y siempre que las mismas se manifiesten en forma inmediata a la ocurrencia del mismo.

A los efectos de que proceda la presente cobertura, las Quemaduras Graves deberán ser diagnosticadas por un médico especialista en la materia que describa la localización y extensión de las quemaduras.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación para esta cobertura, siempre que se verifique la existencia de Quemaduras Graves en el cuerpo del Asegurado producidas como consecuencia inmediata del Accidente cubierto.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

El beneficio acordado por esta Condición Específica es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte e Invalidez del Asegurado, de modo que la indemnización por tales conceptos se reducirá en el monto que se hubiere abonado por la presente cobertura.

CA - 005

Servicio de Asistencia que integra la póliza

1. **GLOSARIO DE TÉRMINOS:** Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.
 - 1.1. La Asistencia: Servicios de terceros contratados por Chubb Seguros Argentina S.A.
 - 1.2. BENEFICIARIO TITULAR: Es la persona física titular del servicio (*Asistencia PhonoMed y Segunda opinión Médica*)
 - 1.3. BENEFICIARIO ADHERENTE: Son ADHERENTES del BENEFICIARIO TITULAR el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente bajo su dependencia económica en una misma vivienda.
 - 1.4. PESOS: La moneda de curso legal vigente en la República Argentina.
 - 1.5. SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en xxx (*Asistencia PhonoMed y Segunda opinión Médica*) xxx
 - 1.6. SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo estado de salud de un BENEFICIARIO TITULAR ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en las condiciones generales, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS.
 - 1.7. EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencial de La Asistencia, o subcontratado por La Asistencia, apropiado para prestar SERVICIOS.
 - 1.8. EVENTO: Cada suceso que implique una emergencia o urgencia y por el cual profesional y/o operador de La

Asistencia se presente ante un BENEFICIARIO TITULAR para proceder a la prestación de los SERVICIOS.

19. REFERENCIA: Información actualizada y fehaciente concerniente a los rubros detallados en el presente, que es provista por La Asistencia telefónicamente al BENEFICIARIO TITULAR/ BENEFICIARIO a su solicitud.

110. PROVEEDOR: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación de La Asistencia asiste al BENEFICIARIO TITULAR en cualquiera de los SERVICIOS descriptos en las presentes CONDICIONES GENERALES.

111. FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los Servicios de Asistencia que ofrece La Asistencia estarán a disposición de los BENEFICIARIO TITULARES de xxx (*Asistencia PhonoMed y Segunda opinión Médica*) xxx , que comienzan 48 horas hábiles después del momento de afiliación al programa.

112. PAIS DE RESIDENCIA: Para fines de estas CONDICIONES GENERALES, el territorio de la República Argentina.

113. REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del BENEFICIARIO TITULAR que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

114. DOMICILIO DECLARADO: El domicilio habitual en la República Argentina que manifieste tener el BENEFICIARIO TITULAR y haya notificado a La Asistencia con posterioridad a la firma de las mencionadas CONDICIONES GENERALES de servicio, siempre que se encuentre dentro del territorio nacional.

2. ALCANCES

21. FECHA DE INICIO: Los SERVICIOS entrarán en vigencia transcurridas 48 horas hábiles de que sean contratados y hayan sido debidamente informados a La Asistencia.

22. RADIO DE COBERTURA: Los SERVICIOS serán prestados por La Asistencia en el territorio de la República Argentina Los SERVICIOS detallados en estas CONDICIONES GENERALES se brindarán única y exclusivamente a través de la Red de Prestadores de La Asistencia, debidamente habilitados para brindar las prestaciones asistenciales. El servicio contratado directamente por el BENEFICIARIO no dará derecho a reintegro alguno.

23. SOLICITUD DE ASISTENCIA: Los SERVICIOS deberán ser solicitados al número de teléfono de Chubb Seguros Argentina S.A. que se pone a disposición para la atención al asegurado: 0800-888 -2239 o la línea alternativa 0800-888-2231 que estarán operativas y en funcionamiento las 24 horas del día, durante los 365 días del año. El BENEFICIARIO deberá indicar, además del tipo de servicio requerido, los siguientes datos: Nombre y apellido, Domicilio declarado, Número de teléfono, Documento de identidad, nombre del Programa / Compañía

3. DETALLE DE SERVICIOS

4. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

4.1. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL:** Segunda Opinión Médica Nacional brinda al BENEFICIARIO/ADHERENTE que padece una enfermedad seria, compleja o crónica, acceso a médicos independientes que revisarán su caso, confirmarán o modificarán el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el

tratamiento. El BENEFICIARIO/ADHERENTE deberá reunir toda la información, documentación y protocolos médicos disponibles sobre su afección y un Comité médico evaluará el caso y seleccionará los mejores especialistas disponibles adecuados para la condición del paciente. El BENEFICIARIO/ADHERENTE podrá solicitar una segunda opinión médica referente tanto al diagnóstico como al tratamiento de alguno de los procesos o enfermedades graves que se enumeran a continuación:

- 4.1.1. Oncología.
- 4.1.2. Enfermedades cardíacas.
- 4.1.3. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares.
- 4.1.4. Cirugía ortopédica compleja.
- 4.1.5. Síndromes y malformaciones congénitas.
- 4.1.6. Enfermedades degenerativas: Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal. Médicos de reconocido prestigio nacional, en la enfermedad de que se trate, valorarán el diagnóstico y tratamiento establecido, emitiendo el oportuno informe en un plazo de tiempo de diez días hábiles desde la recepción de toda la documentación necesaria. Dicho informe se efectuará siempre sobre la Base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido. ***El presente servicio se prestará: HASTA TRES (3) EVENTOS AL AÑO Y SIN LÍMITE DE COSTO.***

4.2. PHONO MED: En caso de que el BENEFICIARIO/ADHERENTE requiera que se le absuelva alguna consulta médica vía telefónica, La Asistencia pondrá a disposición del BENEFICIARIO/ADHERENTE un médico; El mismo que responderá todas sus inquietudes, le prestará asesoría preliminar y/o indicaciones médicas de primera necesidad. Además, si se requiere, le entregará información acerca de medicamentos, su utilización y diversos tópicos relacionados con la salud (Información de medicamentos, información toxicológica) las 24 horas del día y los 365 días del año. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: ***SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO Y SIN LÍMITE DE COSTO.***

5. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que un BENEFICIARIO TITULAR requiera de los SERVICIOS contemplados, se procederá de la siguiente forma:

- 5.1.** El BENEFICIARIO TITULAR que requiera del servicio se comunicará con La Asistencia a los números telefónicos especificados en estas CONDICIONES GENERALES.
- 5.2.** El BENEFICIARIO TITULAR procederá a suministrarle al representante de La Asistencia que atienda la llamada respectiva, los datos necesarios para identificarlo como BENEFICIARIO TITULAR, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta del BENEFICIARIO TITULAR; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción del problema que sufre y el tipo de ayuda que precise en relación con la cual se solicite un servicio. Queda entendido que el personal de La Asistencia únicamente prestará los SERVICIOS contemplados en estas CONDICIONES GENERALES, a las personas que

figuren como activos y al día con sus pagos al momento de solicitar los SERVICIOS.

- 5.3. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, La Asistencia le prestará al BENEFICIARIO TITULAR/ADHERENTE los SERVICIOS solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones de las CONDICIONES GENERALES. En caso de que el BENEFICIARIO TITULAR no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, La Asistencia no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los SERVICIOS.

6. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Queda entendido que La Asistencia podrá prestar los SERVICIOS en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.

- 6.1. Cobertura de terceros: Cuando los SERVICIOS detallados en estas CONDICIONES GENERALES estén también amparados total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro tipo de cobertura, el BENEFICIARIO se obliga a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o tercero que corresponda para lograr que estos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones correspondientes.
- 6.2. Circunstancias excepcionales: La Asistencia queda eximida de toda responsabilidad por casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, guerras, catástrofes de la naturaleza, dificultades en los medios de comunicación, dificultades en las vías de acceso al lugar de asistencia, etc.

- **Asistencia Médica:**

- **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL :**

Segunda Opinión Médica Nacional brinda al BENEFICIARIO/ADHERENTE que padece una enfermedad seria, compleja o crónica, acceso a médicos independientes que revisarán su caso, confirmarán o modificarán el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el tratamiento. El BENEFICIARIO/ADHERENTE deberá reunir toda la información, documentación y protocolos médicos disponibles sobre su afección y un Comité médico evaluará el caso y seleccionará los mejores especialistas disponibles adecuados para la condición del paciente. El BENEFICIARIO/ADHERENTE podrá solicitar una segunda opinión médica referente tanto al diagnóstico como al tratamiento de alguno de los procesos o enfermedades graves que se enumeran a continuación:

- Oncología.
- Enfermedades cardíacas.
- Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares.
- Cirugía ortopédica compleja.
- Síndromes y malformaciones congénitas.
- Enfermedades degenerativas:
Enfermedades y problemas derivadas de la insuficiencia renal. Médicos de reconocido prestigio nacional, en la enfermedad de que se trate, valorarán el diagnóstico y tratamiento establecido, emitiendo el oportuno informe en

un plazo de tiempo de diez días hábiles desde la recepción de toda la documentación necesaria. Dicho informe se efectuará siempre sobre la Base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido. ***El presente servicio se prestará: HASTA TRES (3) EVENTOS AL AÑO Y SIN LÍMITE DE COSTO.***

- **PHONO MED:** En caso que el BENEFICIARIO/ADHERENTE requiera que se le absuelva alguna consulta médica vía telefónica, CARDINAL ASSISTANCE pondrá a disposición del BENEFICIARIO/ADHERENTE un médico; El mismo que responderá todas sus inquietudes, le prestará asesoría preliminar y/o indicaciones médicas de primera necesidad. Además, si se requiere, le entregará información acerca de medicamentos, su utilización y diversos tópicos relacionados con la salud (Información de medicamentos, información toxicológica) las 24 horas del día y los 365 días del año. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: ***SIN LÍMITE DE AL AÑO Y SIN LÍMITE DE COSTO.***