

tpcseguros



**CONDICIONADO DE POLIZA
ACCIDENTES PERSONALES**

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MODULAR

Cláusula 1: Ley de la partes contratadas- Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Especificas, condiciones Específicas, Clausulas Adicionales y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:

- a) Condiciones particulares.
- b) Clausulas adicionales.
- c) Condiciones específicas.
- d) Condiciones generales específicas.
- e) Condiciones generales comunes.

Clausular 2: Definiciones

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

- a) Póliza: Es el documento emitido por el asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el tomador y en el que se establen las condiciones, riesgos cubiertos, limites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
- b) Asegurador: TPC Compañía de Seguros S.A
- c) Beneficiario: Es aquella persona designada por el asegurado, a quien el asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la póliza para el caso de la muerte del asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
- d) Accidente: Se entiende por accidente toda lesión corporal que puede 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:

I) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias toxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.

II) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.

III) El carbuncllo, 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, varices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:

IV) 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.

V) Los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o practica de los siguientes deportes y/o entrenamientos: juegos de salón y la practica normal y no profesional de atletismo, basketball, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, futbol, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.

VI) 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 Republica Argentina.

- e) Suma Asegurada: Es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonara en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el periodo de vigencia del seguro. Es estipulara una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza

Clausula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Edad: Esten comprendidas entre la edad mínima y máxima de la incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimentan a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Clausula 4: Personas No Asegurables

El seguro no ampara a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10%, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellas personas que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubiera padecido, constituyan un riesgo de Accidente agravado de acuerdo con la Cláusula 13 de las presentes Condiciones Generales Comunes.

Clausula 5: 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 periodo 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.

Clausula 6: Exclusiones

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

- a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de “Accidente” incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
- b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
- c) Acción de los rayos “X” y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
- d) Lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
- e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
- f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés postraumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
- g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen – por acción u omisión – dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
- j) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- k) 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 cubierto, tal como se lo define en la cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
- l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- m) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
- o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
- p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v) inciso d) de Clausula 2 de la presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
- q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
- r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
- s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- t) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

u) Virus de Inmuno Deficiencia Humana (HIV) aunque el mismo haya sido contraído accidentalmente a raíz de una herida punzante o cortante.

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

Clausula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

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

Clausula 8: Primas del Seguro; Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Clausula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicara por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Clausula 9: 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 proporciones, se entiende que el beneficiario 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 fijan proporciones, el beneficiario se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designo a los herederos legales (Arts. 145 y 146 – L.de S.).

Clausula 10: Cambio de Beneficiario

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

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignara judicialmente el importe en forma que

corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a la resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagada la suma Asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificada esa designación.

Clausula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contrata más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de el, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descritos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar a la contratación de otros seguros de los descritos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

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.

Clausula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, aun 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, as u 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 periodos transcurridos y del periodo en curo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 -L de S.).

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

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

Clausula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurador y/o tomador deben denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas aun 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.9 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.
- d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él. (Clausula 11 – Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador 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 Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con el 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 a las exclusiones prevista en la presente Póliza.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo de 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 periodo del seguro en curso (Art. 41 – L. de S.).

Clausula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario- según corresponda- comunicara 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.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado 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 esté presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

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

El Asegurado y/o Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador y la información y/o prueba instrumental que este 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.

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 medico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente póliza.

Clausula 15: 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 un 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 medico dentro del octavo del día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaria de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

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 partes.

Clausula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuara el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Especifica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva condición Especifica, lo que sea posterior.

Clausula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

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

Clausula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultar 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.

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

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 trascurrido, según las tarifas de corto plazo.

Clausula 19: Facultades de Productor o Agente

El productor o agente de seguro, cualquier sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por este para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro.
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prorrogas.
- c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede facsimilar

Clausula 20: 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 la presente Póliza, es el último declarado (Artículo 15 y 16 de la L. de S.).

Clausula 21: Compuo de los Plazos

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

Clausula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Clausula 23: Prorroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán 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.

CLAUSULA DE INTERPRETACIÓN

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 consigan:

I)

a) Guerra: 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.
- 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.
- III) Las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más países en contra de otros.

b) 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.

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

I) Tienen por objeto probar el caso, atemorizar a la población, derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

II) En el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca, de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

- d) **Rebelión:** Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean estas regulares o no y participen 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, otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, como ser: insurrección, revolución, sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

- e) **Conmoción Civil:** Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes, 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.

- f) **Terrorismo:** Es un acto 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 peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación por cualquier persona o grupo de personas, actuando solo o en representación o en conexión con cualquier organización 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:

1) Provocar el caos, atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella.

2) Influenciar o derrocar al gobierno de dicho país.

3) Lograr la secesión de una parte de su territorio.

4) 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 verificado o reconocido como tal por el gobierno Argentino.

No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

- g) **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 la sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

- h) Tumulto Popular: Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o mas 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, desordenes, disturbios, revuelta o conmoción.
- i) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.
- j) 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 extra gremial que motivo la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.
- k) Lock Out: Se entiende por tal:
 - 1) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o mas empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente)
 - 2) El despido simultaneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.No se tomara en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivo el lock out, 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 respetivos caracteres descriptos en el apartado I), se consideran hechos de guerra, guerra civil, guerrilla, rebelión, conmoción civil, terrorismo, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock out.

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.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1º: El premio de este seguro (anual, Mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada periodo de facturación.

El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de la vigencia de la póliza, la que fuere posterior.

Si el Asegurado lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obraran en las Condiciones Particulares, pero las primeras de ellas, que deberá pagarse al contado, se la agregara además el total del I.V.A correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de impuesto al Valor Agregado).

El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.

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

Artículo 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, paso 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 primera cuota.

Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo de gracia.

Se deja expresamente establecido que no entrara en vigor la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada registrá 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.

Artículo 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendido la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedara automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

Artículo 5º: La gestión de sobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificara la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 6º: Las disposiciones de la presente Clausula son también aplicables a los premios de los seguros de los periodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.

En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 7º: Todos los pagos del Asegurado y/o tomador que resulten de la aplicación de la presente Clausula, se efectuaran de acuerdo con lo normado en el Artículo 1º de la Resolución N º 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación, cuyo texto se transcribe seguidamente:

“Artículo 1º -- 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 NACIÓN.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N º 21.526
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N º 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N º 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad financiera.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo”

Artículo 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del código Civil).

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO VIGENCIA MENSUAL PRORROGABLE

Artículo 1°: Queda convenido y establecido que la vigencia de esta Póliza es mensual, prorrogable automáticamente por otros once periodos mensuales. Cumplida la anualidad el contrato será renovado en forma automática sujeto a los ajustes que pudieran corresponder conforme a lo establecido en la Cláusula 8 de las Condiciones Generales Comunes.

El premio mensual de este seguro debe pagarse al contado, en la fecha de incitación de la vigencia de cada periodo mensual, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente al mismo.

El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.

El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.

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

Artículo 2°: Para el pago de los premios correspondientes a los periodos mensuales posteriores al premio, se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos desde la fecha de vencimiento de los mismos, lapso durante el cual la Póliza mantendrá su plena vigencia.

Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día de vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.

Se deja expresamente establecido que no entrara en vigor la cobertura de ninguna prorrogación mensual de cobertura, en tanto no estuvieran totalmente cancelados los premios de los periodos anteriores.

Artículo 3°: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en termino surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada registrá 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.

Artículo 4°: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendido la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el tomador hasta cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedara automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

Artículo 5°: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificara la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

Artículo 6°: Las disposiciones de la presente Clausula son también aplicables a los premios de los adicionales por endosos o suplementos de la Póliza.

Artículo 7°: Todos los pagos del Asegurado y/o Tomador que resulten de la aplicación de la presente Clausula, se efectuaran de acuerdo a lo normado en el Artículo 1° de la Resolución N° 407/01 del Ministerio de Economía de la Nación, cuyo texto se transcribe seguidamente:

“Artículo 1°-- 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 NACIÓN.
- 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 NACIÓN 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 financiera.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo”

Artículo 8°: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del código Civil).

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (I)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza 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: Riesgo Cubierto – 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 el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a él o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuviera noticias del avión por un periodo no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

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 coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

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

Cláusula 4: Denuncia de Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción;
- b) Una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
- c) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
- d) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidiera.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE – TOTAL Y PARCEIL (II)

Cláusula 1: Riesgo Cubierto – 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/o en el Certificado de Incorporación, según

corresponda, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alineación mental, producido como consecuencia inmediata de un Accidente, 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 permanente.	100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los 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 (pseudoartrosis total)	45 %	36 %
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30 %	24 %
Anquilosis del hombro en posición funcional	25 %	20 %
Anquilosis del codo en posición no funcional	25 %	20 %
Anquilosis del codo en posición funcional	20 %	16 %
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20 %	16 %
Anquilosis 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 meñique	8 %	6 %

c) Miembros inferiores

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

Por pérdida total se entiende 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 pseudoartrosis, 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 solo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

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

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

En caso de 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 proporciones 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 periodo anual de vigencia de la cobertura 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 Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debería liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

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 Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Constancia medica y/o testimoniales relativas a su invalidez Permanente: si comienzo, gravedad y causa.
- b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
- c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador – Plazo de Prueba.

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contando desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnostico.

La no contestación por parte de del Asegurador dentro del plazo establecido, significara automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORARIA (III)

Cláusula 1: Riesgo Cubierto – Limites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Especifica es el de Invalidez Temporaria 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 Temporaria que impida al Asegurado atender sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador abonara al Asegurado la Suma Asegurada diaria establecida a los fines de esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día del tratamiento médico correspondiente a la Invalidez Temporaria, cuando el mismo supere el Periodo de Espera que se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, computado en días completos y consecutivos, y por el Periodo Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación.

La referida indemnización se reducirá a la mitad tan pronto como el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones y mientras subsista tal condición. Si el Asegurado no ejerce ninguna profesión, la indemnización quedará reducida a la mitad desde el día en que pueda salir de su vivienda.

Mientras no se otorgue el alta definitiva al Asegurado, sujeto al Periodo Máximo de Cobertura y al carácter temporario de la invalidez, el asegurador abonará la renta diaria correspondiente en forma mensual, de cada mes calendario.

Cláusula 2: Carácter del Beneficio.

El beneficio acordado por Invalidez Temporaria es adicional e independiente respecto de las restantes coberturas, con excepción de que a consecuencia del Accidente que diera origen al beneficio acordado por Invalidez Temporaria, se produjera luego la Muerte o la Invalidez Permanente Total del Asegurado. En este caso, se deducirá de la Suma Asegurada a abonar por las citadas coberturas, el correspondiente importe abonado por esta Condición Especifica.

En el caso que la Invalidez Permanente sobreviniente sea Parcial, se deducirá de la indemnización que corresponda para dicha cobertura un porcentaje de la Renta Diaria abonada, el cual será equivalente al porcentaje de Invalidez Parcial Permanente del Asegurado.

Cláusula 3: Denuncia y comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Temporaria del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Especificas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) La constancia médica y/o testimoniales relativas a su Invalidez Temporaria: su comienzo, gravedad y causa.
- b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
- c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Temporaria, salvo que razones procesales lo impidieran.
- d) Informe de un profesional médico, en periodos no superiores a 15 días, indicando estado, evolución del paciente y fecha estimada de alta.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (IV)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Gastos Médicos:** se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos 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. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
- b- **Gastos de Traslado:** son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicaciones médicas. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurado.
- c- **Deducible:** es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrara cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de traslado 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 los Gastos Médicos y gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrá establecer Suma Asegurada y/o Deducible diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

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 y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar.

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de traslado cubiertos por las presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
- b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
- c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden medica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICION MÉDICOS (V)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Servicios Médicos:** Se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescrita por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
- b- **Atención Médica:** se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Queda comprendidas bajo este concepto:
 - Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
 - Las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
 - Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
 - Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad)
 - Las practicas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica
- c- **Atención Farmacéutica:** se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiera requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
- d- **Prestador Médico:** se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurado posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo
- e- **Gastos de Traslado:** son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médicas. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado dependerán del estado clínico del Asegurado.

Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado 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, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiera demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno del mismo.

Únicamente en los casos en que resultará imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Solo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos 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 importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar.

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:

- a) Presentarse ante el prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de denuncia de Siniestro.

- b) Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- c) En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las que deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE SIMULTANEA DE AMBOS CONYUGES (VI)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Especifica es el de Muerte del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, como consecuencia inmediata de un mismo Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que ambos fallezcan a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios designados por el Asegurador Titular la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo de los asegurados realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un periodo no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera alguno o ambos Asegurados o se tuvieran noticias ciertas de los mismos, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 2: 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 Muerte simultanea de ambos cónyuges, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 3: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar en adición a lo estipulado en la Cláusula 1 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge;
- b) Una declaración del médico que los haya asistido o certificado su muerte;
- c) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
- d) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de las muertes, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACION (VII)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Renta Diaria por Internación:** se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgara 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/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
- b- **Establecimiento Asistencial:** es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que este equipado para cirugía mayor.
- c- **Internación:** se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando esta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Limites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Especifica es el de la 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 indemnizara al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera – computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

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 Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las Condiciones Específicas, El Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado
- b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACION EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (VIII)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Renta diaria por internación en Unidad de Terapia Intensiva:** se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgara por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en la unidad de Terapia Intensiva de un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
- b- **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.
- c- **Internación en Unidad de Terapia Intensiva:** Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en la Unidad de Terapia Intensiva de un Establecimiento asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando esta supere el Periodo de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Limites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Especifica es el de la Internación del Asegurado en Unidad de Terapia Intensiva 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 la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado en Unidad de Terapia Intensiva.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación en Unidad de Terapia Intensiva -cuando ésta supere el Periodo de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Periodo Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

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 Diaria por Internación en Unidad de Terapia Intensiva, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado en Unidad de Terapia Intensiva, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las Condiciones Específicas, El Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado de la Unidad de Terapia Intensiva.
- b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación en Unidad de Terapia Intensiva.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (IX)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Gastos de Sepelio:** se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente Cubierto.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Especifica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencias de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Especifica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

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 de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condiciones Específicas, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, y en la Condición Especifica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

- a) Las Facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE HIJO POSTUMO (X)

Cláusula 1: Definiciones

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

- a- **Hijo Póstumo:** se considera hijo póstumo al hijo natural del Asegurado y su cónyuge y/o conviviente, que naciera con posterioridad a la Muerte accidental del mismo y siempre que el nacimiento produzca en un Establecimiento Asistencial dentro de los doscientos setenta (270) días de ocurrido su fallecimiento.

- b- 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.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de nacimiento de Hijo Póstumo del Asegurado, cuya madre sea la cónyuge o conviviente del mismo, declarada como tal por el Asegurado al momento de solicitar la cobertura.

El Asegurador indemnizará a la madre del recién nacido Hijo Póstumo, la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En el caso que el Asegurado Titular fuere de sexo femenino, la presente cobertura no resulta extensible a su cónyuge o conviviente.

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 Cobertura de Hijo Póstumo, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento – Denuncia del Embarazo - Documentación a presentar:

Ocurrida la Muerte del Asegurado, para que proceda la cobertura, la cónyuge o conviviente del Asegurado deberá denunciar su embarazo, acreditando el respectivo certificado médico dentro de los sesenta (60) días de ocurrido el fallecimiento del Asegurado.

Asimismo, a los efectos de obtener el beneficio previsto en la presente Condición Específica, la cónyuge o conviviente del Asegurado, madre del Hijo Póstumo, deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:

- a) Partida de Nacimiento del recién nacido.
- b) Constancia del Establecimiento Asistencial que asistió el nacimiento del Hijo Póstumo.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR PROTESIS Y ORTESIS (XI)

Cláusula 1: Definiciones

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

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada 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 y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:

- a- Prótesis Oftalmológicas
- b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
- c- Prótesis Vasculares
- d- Prótesis de Cirugía abdominal
- e- Prótesis Auditivas
- f- Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos – Límites Indemnizatorios.

El riesgo amparado por esta Condición Específica es de del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis 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, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta la Suma Asegurada Máxima que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el listado Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuara el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

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 por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar:

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

- a) Las facturas originales respecto de las cuales solicitan el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturador.
- b) Copia de la orden que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:

- a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente
- b) Prótesis utilizadas con fines estéticos
- c) Prótesis bucodentales
- d) Prótesis mioeléctricas o bioeléctricas.
- e) Renovación de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
- f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el asegurado.

CLAUSULA ADICIONAL
Seguro sobre la Persona de un Tercero (I)

El tomador declara al concretar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo. El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones específicas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras este tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados. Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:

- a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de Accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados.
- b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando estos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o Beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre interesados, se consignará judicialmente el importe.

CLAUSULA ADICIONAL SEGUROS COLECTIVOS
Ingreso de Nuevos Asegurados
Cobertura Automática (II)

Contrariamente a lo establecido en la Cláusula 3 de las condiciones Generales Específicas para los Seguros Colectivos, queda entendido y convenido que las personas que ingresen al servicio del Tomador en una fecha posterior al inicio de la vigencia de la póliza quedarán automáticamente comprendidas en las coberturas y por las Sumas Aseguras que otorga la Póliza a partir de la fecha en la que hicieran ingresado al servicio activo del Tomador.

Atento que al Póliza cubre la totalidad en las personas pertenecientes al grupo regido por el tomador, este último se compromete a mantener actualizada la nómina de Asegurados, so pena de que sin efecto esta cobertura automática, permitiendo al Asegurador la verificación pertinente.

CLAUSULA ADICIONAL
Cobertura por Uso de Motocicletas (III)

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en la cláusula 6, inciso o), de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también los Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, manteniendo plena vigencia el resto de las exclusiones establecidas en la Póliza.

CLAUSULA ADICIONAL
Cobertura de Trabajos en Altura (IV)

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en la cláusula 6, inciso q) de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también los Accidentes derivados de la realización de trabajos en alturas superiores a los 6 (seis) metros.

En tales casos, la cobertura solo procederá en la medida que los trabajos que deba realizar el Asegurado sean efectuados observando las medidas de seguridad exigidas por las normas de higiene y seguridad en el trabajo vigentes al momento del Accidentes. En caso de que el Accidentes se vea facilitado por el incumplimiento a estas normas, el Asegurador no abonará indemnización alguna.

CLAUSULA ADICIONAL

Cobertura de la Practica normal y No Profesional de Deportes (V)

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en le inciso p) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cobre también los Accidentes derivados de la practica normal y no profesional del o de los deportes que se enumeran expresamente en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA ADICIONAL

Cobertura de la Práctica Profesional de Deportes (VI)

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el inciso p) de la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también, los Accidentes derivados de la práctica profesional de o de los deportes que se enumeran expresamente en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA ADICIONAL

Reducción de las Sumas Aseguradas (VII)

Queda expresamente entendido y convenido que las Sumas Aseguradas de todas las Condiciones Específicas que forman parte integrante de la Póliza, se reducirán en un.....% al cumplir el Asegurado los años.

Esta reducción será aplicable exclusivamente a los Accidentes ocurridos con posterioridad a que el Asegurado alcance la edad indicada.

CLAUSULA ADICIONAL

Inclusión del Cónyuge o Conviviente (VIII)

Queda expresamente entendido y convenido que las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de incorporación, se hacen extensivas al Cónyuge del Asegurado Titular o a aquella persona que convive con este en aparente matrimonio de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, siempre y cuando haya sido incorporado a la Póliza como "asegurado Cónyuge".

En las referidas Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, se establecerá la Edad Máxima de Permanencia en el seguro para el "Asegurado Cónyuge"

En caso de muerte del "Asegurado Cónyuge" el Beneficiario será el Asegurado Titular.

CLAUSULA ADICIONAL

Inclusión del Cónyuge o Conviviente y de los Hijos (IX)

Queda expresamente entendido y convenido que las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, se hacen extensivas al Cónyuge del Asegurado Titular o a aquella persona que convive con este en aparente matrimonio de acuerdo con las disposiciones legales vigentes y/o a los hijos del Asegurado Titular que estén económicamente a su cargo, cuando hayan sido incorporados a la Póliza como "Asegurado Cónyuge" y/o "Asegurado Hijo" respectivamente.

En las referidas Condiciones Particulares y/o en el Certificado de incorporación, según corresponda, se establecerá la Edad Máxima de Permanencia en el seguro para el "Asegurado Cónyuge" y los "Asegurados Hijos".

En caso de Muerte del "Asegurado cónyuge" y/o del o de los "Asegurados Hijos" el Beneficiario será el Asegurado Titular.

En el caso de los hijos menores de 14 años del Asegurado titular, cuando les sea aplicable la presente extensión de cobertura para el caso de Muerte, la Suma Asegurada respectiva deberá ser destinada exclusivamente a la cobertura de los gastos de sepelio, los que deberán ser acreditados en oportunidad del fallecimiento, mediante la documentación correspondiente. La suma máxima a abonar por este concepto no podrá superar la "Suma Asegurada Máxima" prevista en forma específica para estos menores en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda. Asimismo, se deja constancia que en estos casos las Sumas Aseguradas correspondientes a las coberturas cuyo beneficiario resulte sustitutivo del de Muerte, no podrán superar la Suma Asegurada por dicho concepto.

CLAUSULA ADICIONAL
Cobertura de Muerte
Pago de la Suma Asegurada en Cuotas Mensuales (X)

Queda expresamente entendido y convenido que en caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador abonara a los beneficiarios la Suma Asegurada respectiva en cuotas mensuales, iguales y consecutivas. El valor de la cuota será calculado como la renta financiera resultante de aplicar una tasa de interés efectiva anual del.....% durante el plazo de pago convenido.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Beneficiarios durante el plazo de pago de la renta, el valor actual correspondiente a las cuotas impagas será abonado a los herederos legales de dicho Beneficiario. El pago de la primera cuota será efectuado dentro del plazo establecido en la Cláusula 16 de las Condiciones Generales Comunes, tomándose como fecha de pago de cada cuota mensual subsiguiente el día del mes en el que se abonó la primera cuota.

CLAUSULA ADICIONAL
Cobertura de Invalidez Permanente – total y Parcial
Pago de la Suma Asegurada en Cuotas Mensuales (XI)

Queda expresamente entendido y convenido que en caso de invalidez Permanente del Asegurado, el Asegurador abonara al Asegurado la Suma Asegurada respectiva en mensuales, iguales y consecutivas. El valor de la cuota será calculado como la renta financiera resultante de aplicar una tasa de interés efectiva anual del% durante el plazo de pago convenido.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el plazo de pago de la renta, el valor actual correspondiente a las cuotas impagas será abonado a sus herederos legales.

El pago de la primera cuota será efectuado dentro del plazo establecido en la cláusula 16 de las Condiciones Generales comunes, tomándose como fecha de pago de cada cuota mensual subsiguiente el día del mes en el que se abonó la primera cuota.