

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

Esta póliza consta de Condiciones Generales, 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

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 3 - COBERTURA

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas de las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de póliza, cuando el Asegurado sufra durante la vigencia del seguro alguna de las contingencias previstas en las coberturas contratadas a causa de un accidente, siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del accidente, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Artículo 4 - DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

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

Se consideran también accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 6, inc. b); infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia; luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Artículo 5 - ALCANCE DE LA COBERTURA

Conforme a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente póliza, este seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en

tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

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

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

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; o por 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.
- e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas.
- f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
- g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.
- h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
- i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
- j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No son asegurables tampoco las personas menores a la edad mínima de ingreso, ni mayores a la edad máxima de ingreso, ambas previstas en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA Y SU MODIFICACION

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago pactados.

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

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula 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 comunicará 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.

Artículo 9 - CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

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

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres (3) exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del asegurador.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

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

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

Artículo 10 - CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL ASEGURADOR

El pago de los beneficios estipulados en esta póliza se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Artículo 11 - VALUACIÓN POR PERITOS

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

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

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

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

Artículo 12 - PLURALIDAD DE SEGUROS

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada asegurador los seguros de Accidentes Personales que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

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

Artículo 13 - RETICENCIA

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

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. Cuando la reticencia no dolosa es alegada dentro del plazo citado precedentemente, 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. 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. En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

Artículo 14 - AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar al Asegurador toda agravación del riesgo asumido, que de haber existido al tiempo de la celebración del contrato lo hubiera impedido o hubiera modificado sus condiciones. Se consideran agravaciones del riesgo 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.

La agravación del riesgo producirá la suspensión de la cobertura o la rescisión del contrato de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley de Seguros.

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 previstas en el Artículo 6, inciso g).

Artículo 15 - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 16 - REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 17 - 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.

Artículo 18 - 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.

Artículo 19 - CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

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

Artículo 20 - RESCISIÓN UNILATERAL

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

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

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

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

Artículo 21 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

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

- a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
- b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;

Artículo 22 - DOMICILIO

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

Artículo 23 - CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 24 - COMPETENCIA

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

Sin perjuicio de ello, el Tomador y/o 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.

Contratos Celebrados en Moneda Extranjera - Pago Exclusivo en Moneda Extranjera

Las partes acuerdan que el pago de la prima debida por el Tomador y/o Asegurado, como así también el pago de las eventuales indemnizaciones que puedan resultar a cargo de la entidad en caso de siniestro, deberán ser efectuados en la moneda extranjera que se estipula en las Condiciones Particulares.

Contratos Celebrados en Moneda Extranjera - Pago en Moneda de Curso Legal

Las partes acuerdan que el pago de la prima debida por el Tomador y/o Asegurado, como así también el pago de las eventuales indemnizaciones que puedan resultar a cargo de la entidad en caso de siniestro, asumidas en moneda extranjera serán abonadas en la moneda de curso legal, para lo cual se convertirán de acuerdo a la cotización del Banco de la Nación Argentina, al tipo de cambio vendedor de cierre del día hábil anterior a la fecha de pago de la prestación.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

• SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

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

Artículo 2 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

• SEGURO COLECTIVO

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

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

Artículo 2 - VARIACIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

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, como máximo en forma mensual.

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

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se calcularán a prorrata 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, y serán debidamente notificados a los Asegurados.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

• SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

Artículo 1 - CONDICIONES

El Tomador declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los Asegurados, y por las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Artículo 2 - BENEFICIARIOS

Se instituye beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo 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 éstos 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 los interesados, se consignará judicialmente el importe.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: MUERTE DEL CÓNYUGE**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del cónyuge del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

A efectos de esta cobertura se extiende el concepto de cónyuge al integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del cónyuge del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

Artículo 3 - TERMINACIÓN DE COBERTURA DEL CÓNYUGE

La cobertura prevista para el cónyuge del Asegurado cesará en los siguientes casos:

- a) Cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.).
- b) Cuando el cónyuge del Asegurado alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
- c) Por caducidad o rescisión de la póliza del Asegurado Titular, por cualquier causa.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: MUERTE SIMULTÁNEA DE AMBOS CÓNYUGES**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado y de su cónyuge, ambos dentro de un año a contar de la fecha del accidente, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

A efectos de esta cobertura se extiende el concepto de cónyuge al integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado y su cónyuge.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento de ambos.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

Artículo 3 - TERMINACIÓN DE COBERTURA DEL CÓNYUGE

La cobertura prevista para el cónyuge cesará cuando alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares y/o por caducidad o recisión de la póliza del Asegurado Titular, por cualquier causa.

Artículo 4 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente de tránsito se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

A efectos de este contrato, se entiende por accidente de tránsito aquél que se produce:

- Durante el trayecto a pie por una vía pública de circulación y provocado por un vehículo.
- Durante el trayecto efectuado en un medio de transporte que se encuentre involucrado en el accidente.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: MUERTE POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO PARA EL CONDUCTOR DE AUTOMÓVILES PARTICULARES

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente de tránsito se produjera el fallecimiento del Asegurado, siendo éste el conductor del vehículo involucrado en dicho accidente, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares de póliza.

A efectos de este contrato, se entiende por accidente de tránsito aquel que se produce en una vía pública terrestre, como consecuencia de la colisión de un vehículo de uso particular conducido por el Asegurado.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

Artículo 3 - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 6° de las Condiciones Generales quedan excluidos de este seguro:

- a) Los accidentes causados por el Asegurado que conduzca el vehículo en estado de ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides o careciendo de registro para conducir o que infrinja temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano, o viole la preferencia de paso o transporte en el vehículo un número de personas superior al autorizado o no cumpla cualquiera disposición de tránsito emanada de autoridad competente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL EN LÍNEA AÉREA REGULAR

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente en un viaje cubierto en una línea aérea regular, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares de póliza.

A efectos de este contrato, se entiende por accidente en un viaje cubierto por una línea aérea regular aquél que se produce únicamente:

- Al viajar como pasajero en una aeronave de alas fijas que pertenece y es operada por una línea aérea debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros en un vuelo Regular Programado.

Se define el vuelo regular programado al vuelo hecho en una aeronave operada por una Compañía de transporte aéreo, siempre que dicha compañía tenga certificado, licencia o autorización para el transporte aéreo regular programado, emitida por las autoridades correspondientes en el país donde esté inscrita la aeronave y que, de acuerdo con la autorización, mantenga y publique itinerarios y tarifas para el servicio de pasajeros entre los aeropuertos designados en fechas y horas regulares específicas, y que tal vuelo tenga lugar regular y continuamente, en las rutas y en las fechas y horas publicadas en la ABC Word Airways Guide y/o cualquier otra publicación oficial, incluyendo las modificaciones periódicas de dicha publicación.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Constancia de la aerolínea que el Asegurado se encontraba en el vuelo regular programado involucrado en el accidente.
- d) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.
- e) Copia de las Actuaciones Judiciales Labradas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: MUERTE POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si se produjera el fallecimiento accidental del Asegurado como consecuencia de un Robo/Asalto en un cajero automático, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares de póliza.

Las lesiones como consecuencia del Robo/Asalto deben manifestarse a más tardar dentro de las 72 hs de producido el hecho. Solamente se cubrirán los fallecimientos producidos hasta los 180 días siempre que los mismos sean consecuencia de las lesiones provocadas por Robo/Asalto.

A efectos de este contrato, se entiende por:

Muerte Accidental en un Robo/Asalto: al fallecimiento accidental del Asegurado Titular de la Tarjeta en ocasión y por causa de un Robo/Asalto amparado en esta cobertura.

Robo/Asalto: El intento del apoderamiento ilegítimo de la tarjeta, con la finalidad de realizar una extracción -sea que la extracción tenga lugar con o sin la intervención del Asegurado-, o del dinero en efectivo extraído del cajero automático. El apoderamiento deberá ser producido con fuerza o violencia física en la persona del Asegurado, sea que tenga lugar antes de la extracción para facilitarla o en el acto de realizarla o inmediatamente después de la extracción y provoque una lesión corporal que ocasione la muerte y 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.

Queda excluido de la cobertura otorgada por las presentes condiciones todo Robo/Asalto que se produzca a más de 100 metros del cajero, además de las restantes exclusiones previstas en el Art. 2 y en las Condiciones Generales de la Póliza.

Tarjeta: es la tarjeta plástica emitida por el Emisor a la orden del Asegurado, que permite la extracción de dinero en efectivo de Cajeros Automáticos de las redes autorizadas por el Emisor mediante la utilización de una clave o código personal. El tipo de tarjeta y el emisor se definirán en las Condiciones Particulares.

Red: Es la red de cajeros automáticos en los cuales el Asegurado puede usar la Tarjeta emitida por el Emisor.

Cajero Automático: Es todo equipo incorporado a la Red y habilitado para realizar determinadas operaciones bancarias, entre otras la extracción de dinero en efectivo con la Tarjeta.

Artículo 2 - EXCLUSIONES

- a) Cuando la extracción se efectúe en circunstancias en que el Asegurado ingrese al ámbito del cajero en compañía voluntaria de terceros y estos terceros resultaran partícipes del asalto.
- b) Cuando familiares del Asegurado hasta el 4to. Grado de consanguinidad o afinidad participen del siniestro como autores o cómplices.
- c) Cuando el Asegurado es víctima de un asalto en lugares que no sean de la vía pública, las inmediaciones del ámbito de un cajero automático o el ámbito hasta los 100 mts. del mismo.

Artículo 3 - ALCANCE DE LA COBERTURA

De no establecerse pacto en contrario en las Condiciones Particulares, la presente cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 4 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Suministrar pruebas sobre la fecha y circunstancias de la muerte Accidental por Asalto, como acerca de la manera y el lugar en que se produjo.
- d) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.
- e) Copia de las Actuaciones Judiciales Labradas y/o Acta policial.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: INVALIDEZ PERMANENTE**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una invalidez permanente del Asegurado, determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación, sobre la suma asegurada estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza:

%

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	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 el meñique	8	6

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rótula	30
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta 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 indemnizable 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 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 otros miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.

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

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

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

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

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

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

Los porcentajes abonados en conjunto en concepto de Invalidez Permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, serán deducidos de la indemnización que corresponda de producirse el fallecimiento del Asegurado.

Artículo 3 – 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 de la Suma Asegurada 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.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: RENTA DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORARIA

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una invalidez temporaria que impida al Asegurado atender sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día del tratamiento médico por la invalidez cuando el mismo supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la incapacidad temporaria y que incluirá el alta definitiva.

Mientras no se dé el alta definitiva del Asegurado, el Asegurador abonará la renta diaria correspondiente en forma mensual.

Artículo 3 - INVALIDECES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad temporaria originada por la misma causa, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 4 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS

Artículo 1 - COBERTURA

Mediante esta cobertura el Asegurador reembolsará los gastos de asistencia médico – farmacéutica prescrita por facultativo en que haya incurrido el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de Medicina Prepaga al que se encuentre afiliado el Asegurado, hasta la suma asegurada prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza, siendo de aplicación la franquicia por siniestro que se indica en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, el Asegurado deberá presentar la constancia de los tratamientos prescritos y comprobantes de los gastos incurridos.

Artículo 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA:** RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Hospitalización:** Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.
- **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la hospitalización: registro expedido por el hospital con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la hospitalización.

Artículo 4 - HOSPITALIZACIONES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado debiera ser nuevamente hospitalizado por la misma causa, la nueva hospitalización se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 5 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Hospitalización:** Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.
- **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva: registro expedido por el hospital con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado de dicha Unidad, certificado médico en el que conste el motivo de la hospitalización.

Artículo 4 - HOSPITALIZACIONES RECURRENTE

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado debiera ser nuevamente hospitalizado por la misma causa, la nueva hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 5 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA:** RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza ocurrido fuera del territorio de la República Argentina causara la hospitalización en el extranjero del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización en el extranjero cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Hospitalización:** Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.
- **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la hospitalización: registro expedido por el hospital con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la hospitalización.

El pago de este beneficio se efectuará en la República Argentina.

Artículo 4 - HOSPITALIZACIONES RECURRENTE

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado debiera ser nuevamente hospitalizado por la misma causa, la nueva hospitalización se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 5 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA:** HIJO PÓSTUMO
-

Artículo 1 - COBERTURA

Si luego del fallecimiento del Asegurado Titular varón, como consecuencia de un accidente, se produjera el nacimiento de un hijo/a suyo, cuya madre sea la cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares de póliza siempre que el nacimiento se produzca en un Establecimiento Asistencial de las características definidas en el Art. 2 y siempre que el Asegurado, al momento de la concepción, sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

El beneficio previsto por esta cobertura se otorgará siempre que el nacimiento del hijo póstumo se produzca dentro de los doscientos setenta (270) días contados desde la fecha de fallecimiento accidental del Asegurado y de vigencia ininterrumpida de la póliza.

En el caso de conviviente, deberá denunciarse el embarazo, acreditando su existencia con el certificado médico, dentro de los sesenta (60) días del fallecimiento del Asegurado salvo caso fortuito, o fuerza mayor.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

Establecimiento Asistencial: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - BENEFICIARIO

Se considera como beneficiaria de esta Cláusula a la cónyuge o integrante de la unión convivencial, madre del recién nacido, hijo del Asegurado y declarada como tal por el Asegurado al momento de presentar la Solicitud de la presente cobertura.

Artículo 4 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- c) Partida de nacimiento del recién nacido.
- d) Constancia del nacimiento proveniente del Establecimiento Asistencial.
- e) Partida de nacimiento del Asegurado o cualquier otro documento público que acredite su edad.

Artículo 5 - PERSONAS NO ASEGURABLES

La cobertura otorgada por la presente no será extensible al esposo, cuando la mujer fuera la Titular de la póliza.

Artículo 6 - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 6° de las Condiciones Generales no se abonará el beneficio cuando:

a) La madre del hijo recién nacido del Asegurado no sea el cónyuge o integrante de la unión convivencial declarado como tal por el Asegurado al momento de presentar la Solicitud de la presente cobertura.

Artículo 7 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: RENTA MENSUAL POR CUIDADOS PROLONGADOS (Alternativa A)

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una incapacidad tal que le impidiera al Asegurado realizar al menos dos de las actividades de la vida diaria consideradas básicas, las cuales se enumeran y describen seguidamente, el Asegurador pagará la indemnización mensual estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Actividades de la vida diaria:

- ✓ **Bañarse:** habilidad de lavarse uno mismo completamente en una bañera o una ducha o enjuague con esponja, con o sin ayuda de accesorios especiales.
- ✓ **Alimentarse:** habilidad de consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles, con o sin uso de utensilios de adaptación.
- ✓ **Vestirse:** habilidad de:
 - ponerse o sacarse la ropa; y
 - abrochar o asegurar y desabrochar o liberar la vestimenta.
- ✓ **Higienizarse:** habilidad de, con o sin ayuda de equipos especiales:
 - sentarse en o levantarse del inodoro;
 - pararse cerca o alejarse del mismo; y
 - mantener un grado razonable de higiene personal para el cuerpo.
- ✓ **Transferirse:** habilidad de sentarse o levantarse de una silla (incluida la silla de ruedas) o de la cama. Si una persona puede moverse con la ayuda de equipos como bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros equipos de soporte, entonces se considera que puede transferirse o cambiar de posición.

Se considerará al Asegurado incapaz de realizar algunas de las actividades de la vida diaria enumeradas precedentemente, si requiere la asistencia física de otra persona para realizarlas.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía, una vez comprobada por parte de su auditoría la incapacidad descrita precedentemente, abonará al Asegurado una renta mensual, cuyo importe se consignará en las Condiciones Particulares.

La indemnización mensual se comenzará a abonar desde el primer día en el que se manifieste la incapacidad descrita precedentemente y mientras se mantenga la misma, pero siempre que el Asegurado la padezca durante un tiempo superior al período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, y se abonará sólo hasta alcanzar el período máximo de pago de beneficio que se estipula en dichas Condiciones Particulares. Las fracciones menores al mes se indemnizarán en forma proporcional a los días del mes correspondiente.

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de la póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la incapacidad y la necesidad de asistencia descritas en el Artículo precedente.

Artículo 3 - INCAPACIDADES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad cubierta originada por el mismo accidente, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 4 – REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la incapacidad y la necesidad de asistencia hayan sido prescriptas por un profesional médico.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días posteriores inmediatos a la fecha de alta del Asegurado, salvo fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico, tratamiento efectuado y cantidad de días durante los cuales el Asegurado ha permanecido con la incapacidad descrita en el Artículo primero, en formulario provisto por la Compañía y acompañado de documentación respaldatoria.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

Artículo 5 - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 6° de las Condiciones Generales, quedan excluidos de este seguro las incapacidades producidas como consecuencia de:

- a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- b) Condiciones médicas originadas en accidentes preexistentes.
- c) Intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, aunque las mismas sean necesarias como consecuencia de un accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- d) Cura de reposo.
- e) Los accidentes derivados de la tenencia, uso o manipulación de armas o explosivos.

Artículo 6 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: RENTA MENSUAL POR CUIDADOS PROLONGADOS (Alternativa B)

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una incapacidad tal que le impidiera al Asegurado realizar al menos dos de las actividades de la vida diaria consideradas básicas, las cuales se enumeran y describen seguidamente, el Asegurador pagará la indemnización mensual estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Actividades de la vida diaria:

- ✓ **Bañarse:** habilidad de lavarse uno mismo completamente en una bañera o una ducha o enjuague con esponja, con o sin ayuda de accesorios especiales.
- ✓ **Alimentarse:** habilidad de consumir alimentos que ya han sido preparados o están disponibles, con o sin uso de utensilios de adaptación.

- ✓ **Vestirse:** habilidad de:
 - ponerse o sacarse la ropa; y
 - abrochar o asegurar y desabrochar o liberar la vestimenta.
- ✓ **Higienizarse:** habilidad de, con o sin ayuda de equipos especiales:
 - sentarse en o levantarse del inodoro;
 - pararse cerca o alejarse del mismo; y
 - mantener un grado razonable de higiene personal para el cuerpo.
- ✓ **Transferirse:** habilidad de sentarse o levantarse de una silla (incluida la silla de ruedas) o de la cama. Si una persona puede moverse con la ayuda de equipos como bastón, muletas, andador, barras de sostén u otros equipos de soporte, entonces se considera que puede transferirse o cambiar de posición.

Se considerará al Asegurado incapaz de realizar algunas de las actividades de la vida diaria enumeradas precedentemente, si requiere la asistencia física de otra persona para realizarlas.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía, una vez comprobada por parte de su auditoría la incapacidad descrita precedentemente, abonará al Asegurado una renta mensual, cuyo importe se consignará en las Condiciones Particulares.

La indemnización mensual se comenzará a abonar desde el primer día siguiente a la finalización del período de espera establecido en las Condiciones Particulares, mientras se mantenga la incapacidad descrita precedentemente, pero siempre que el Asegurado la padezca durante un tiempo superior al período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, y se abonará sólo hasta alcanzar el período máximo de pago de beneficio que se estipula en dichas Condiciones Particulares. El período de espera se empezará a contar desde el primer día en el que se manifieste la incapacidad cubierta.

Las fracciones menores al mes se indemnizarán en forma proporcional a los días del mes correspondiente.

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de la póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la incapacidad y la necesidad de asistencia descritas en el Artículo precedente.

Artículo 3 - INCAPACIDADES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad cubierta originada por el mismo accidente, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

Artículo 4 – REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la incapacidad y la necesidad de asistencia hayan sido prescriptas por un profesional médico.

La Compañía debe contar, dentro de los 30 días posteriores inmediatos a la fecha de alta del Asegurado, salvo fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico, tratamiento efectuado y cantidad de días durante los cuales el Asegurado ha permanecido con la incapacidad descrita en el Artículo primero, en formulario provisto por la Compañía y acompañado de documentación respaldatoria.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

Artículo 5 - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 6° de las Condiciones Generales, quedan excluidos de este seguro las incapacidades producidas como consecuencia de:

- a) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, infecciones oportunistas y cualquier otra enfermedad provocada por el mismo.
- b) Condiciones médicas originadas en accidentes preexistentes.
- c) Intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, aunque las mismas sean necesarias como consecuencia de un accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- d) Cura de reposo.
- e) Los accidentes derivados de la tenencia, uso o manipulación de armas o explosivos.

Artículo 6 – 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 la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- **COBERTURA: CUADRIPLEJIA Y PARAPLEJIA**
-

Artículo 1 - COBERTURA

Mediante esta cobertura el Asegurador amparará el riesgo de Invalidez (Cuadruplejia o Paraplejia) del Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente cubierto por esta póliza, hasta la suma prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura se entiende por:

- **Invalidez:** Es la Cuadruplejia y/o Paraplejia de carácter permanente que padezca el Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.
- **Cuadruplejia:** Es la parálisis total de ambos brazos y ambas piernas como consecuencia inmediata de un accidente.
- **Paraplejia:** Es la parálisis total de ambas piernas y la mitad inferior del cuerpo como consecuencia inmediata de un accidente.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten la lesión sufrida y el grado de invalidez permanente definitiva como consecuencia del accidente.

La indemnización abonada bajo esta cobertura será deducida de la indemnización que corresponda de producirse el fallecimiento del Asegurado.

Artículo 4 – 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 de la Suma Asegurada 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.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

• COBERTURA: FRACTURA DE HUESOS

Artículo 1 - COBERTURA

Mediante esta cobertura el Asegurador amparará el riesgo de Fractura de Huesos del Asegurado, como consecuencia inmediata de un accidente cubierto por esta póliza.

A los efectos de esta cobertura, el Asegurador indemnizará al Asegurado, hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares de póliza para cada una de las siguientes lesiones:

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

Si como consecuencia de un mismo accidente se configurara más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima no podrá superar el importe total máximo por Fractura de Huesos previsto en las Condiciones Particulares de la póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura se entiende por:

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

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación médica pertinente, que acredite la lesión sufrida como consecuencia del accidente.

Artículo 4 - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de las restantes exclusiones previstas en el Artículo 6º de las Condiciones Generales, queda excluida de la cobertura la rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Artículo 5 – CARÁCTER DEL BENEFICIO

En caso de siniestro que afecte las coberturas de Muerte o Invalidez Permanente del Asegurado, no se deducirán de las indemnizaciones correspondientes los importes que se hubieran abonado bajo la presente cobertura, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás. Ello sólo en la medida que el fallecimiento o la invalidez permanente no sean consecuencia directa de una fractura cubierta por esta Condición Específica, en cuyo caso el importe que hubiera sido abonado bajo la presente cobertura será deducido de la indemnización que corresponda por las coberturas de Muerte o Invalidez Permanente.