Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Señor/a:
CA ADA
JUAN B JUSTO N.2562 D. P.
(7600) MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

TE DAMOS LA BIENVENIDA A CNP SEGUROS

¡Hola! Te damos la bienvenida a tu cobertura de seguro, vigente a partir del 16/07/2021.

Somos CNP Seguros, una compañía de seguros de personas que en 1995 llegó a la Argentina para ayudar a las personas a cuidar su futuro y el de sus familias. Nos respaldan, además, 170 años en el mercado francés, a través de CNP Assurances, una de las compañías líderes de Europa.

Es un gusto acompañarte cuidando lo más importante para vos y te agradecemos que confíes en nosotros.

Por este medio te hacemos llegar tu póliza de seguro: el documento que describe todos los detalles de tu cobertura y las condiciones completas del seguro que contrataste.

Recordá que podés consultar y gestionar tu seguro en nuestro sitio para clientes, ingresando en www.cnp.com.ar opción SOY CLIENTE. Cualquier cambio que necesites, podés hacerlo desde ahí o bien por mail o telefónicamente. Como esta relación que iniciamos es a largo plazo, es importante que mantengas tus datos de contacto actualizados.

Para lo que necesites, estamos:
0800 777 7267, de lunes a viernes de 9 a 18hs.
info@cnp.com.ar | www.cnp.com.ar

¡Que tengas un gran día!

Rosana Techima
Directora General

CNP Seguros

CONDICIONES PARTICULARES

ACCIDENTES PERSONALES PLANES

Póliza única (NUP):	18122487	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	0			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Tipo de endoso:	POLIZA NUEVA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	AP CCT 284			Desde 0hs del: 16/07/2021	Hasta 0hs del: 16/07/2024
Contratante / Tomador:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
CUIT:	DNI 13326008		Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Condición ante el IVA:	CONSUMIDOR FINAL		Teléfono:	0223154248888	
E-mail:	cerrabank@gmail.com				
Grupo asegurable/asegurado:					
Asegurado:	1186882 CA ADA		Nro. de certificado:	1	
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Fecha de nacimiento:	17/04/1959		Tipo y N° de doc.:	DNI 13326008	
CUIT / CUIL:	DNI 13326008		Ocupación:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA	
Agente / Productor:	BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.				
E-mail Agente/Productor:	credicoop@bancocredicoop.coop		CUIT/N° de matrícula:	30571421352 / 20	

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	0.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso titular:	18 años	Edad máxima de ingreso titular:	64 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00
Tasa del premio:	0.234 ‰	Moneda de contrato:	Pesos
Cláusula de ajuste de suma asegurada:		Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	CBU	N° de conducto:	1910084155008403315950

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura					
FALLECIMIENTO				$ 1,214,000.00	65 años
RENTA DIARIA DE INTERNACION POR ACC.				$ 1,821.00	65 años
CUIDADOS PROLONGADOS AP				$ 121,400.00	65 años
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACC. C				$ 1,214,000.00	65 años

Alcance/radio de la cobertura:		Cantidad mínima de asegurados:	0

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	18122487	Endoso:	0

→ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo	% del beneficio
HEREDEROS LEGALES			

→ ASEGURADOS CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE - GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellido	Tipo y N° de documento	Vínculo asegurado titular

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	$ 116.30	Gastos de administración:	$ 4.65	Gastos de adquisición:	$ 111.65
Prima de tarifa:	$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	$ 2.56	Derecho de emisión:	$ 0.00
IVA:		Premio total:	$ 284.01	Fecha de vencimiento:	1 - 31/07/2021 - $ 284,01

SR. ASEGURADO: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado/contratante si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 101.273, 119.760 y 109.102

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados yTarjetas de crédito, débito o compras u otros medios electrónicos de cobro habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha de emisión

Rosana Techima
Directora General

COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	16 de Julio de 2021

Apellido y nombre del Asegurado:	CA ADA		
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P.		
Agente / Productor:	1191 - BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.		
Póliza Nº:	18122487		
Vigencia desde:	16/07/2021	Vigencia hasta:	16/07/2024
Producto CNP:	AP CCT 284		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

.....

Firma del Asegurado

Rosana Techima
Directora General

Sr. Asegurado:
Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

CNP Seguros

I.V.A. Responsable Inscripto
C.U.I.T. 30-68240862-2
Ingresos Brutos CM 901-184909-3

FACTURA

Póliza única (NUP):	18122487	**Endoso:**	0	**Vigencia de la póliza**	
C.U.I.T.:	DNI 13326008			**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** 16/07/2024
IVA Póliza:	CONSUMIDOR FINAL			**Tipo de endoso:**	POLIZA NUEVA
Contratante:	1186882 CA ADA				
Domicilio:	JUAN B JUSTO N.2562 D. P. - (7600) MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES				
Ramo o actividad:	ADMINISTRATIVO / ADMINISTRATIVA			**Vigencia de facturación**	
Grupo asegurable:				**Desde 0hs. del:** 16/07/2021	**Hasta 0hs. del:** ANUAL RENOV
Suma asegurada del período:	$ 1,214,000.00			**Vencimiento de pago:**	31/07/2021

Plan de cuotas:	
1 - 31/07/2021 - $ 284.01	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	**Prima pura:**	$ 232.60
Gastos de adquisición:	$ 0.00	**Gastos de administración:**	$ 0.00
Prima de tarifa:	$ 0.00	**Derecho de emisión:**	$ 0.00
Impuestos y tasas:	$ 2.56	**IVA:**	$ 48.85
Premio total:	$ 284.01	**Conducto de pago:**	CBU

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

Valor cuota 1 a abonar:	$ 284.01

Buenos Aires, 16 de Julio de 2021

Lugar y fecha

Rosana Techima
Directora General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)
IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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 GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREEMINENCIA NORMATIVA

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

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

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 cubierto, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, a excepción de los importes abonados en concepto de Incapacidad Permanente, los que se deducen del beneficio a abonar en caso de fallecimiento del Asegurado.

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 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - TIPOS DE ACCIDENTE

Se podrán cubrir las contingencias previstas a causa de los tipos de accidente que se definen a continuación, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en la presente póliza:

- **Todo Accidente**

  Son 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, o 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, o mientras se halle practicando los deportes declarados en la solicitud de seguro, ya sea en calidad de profesional o aficionado.

- **Accidente de Tránsito**

Es el accidente que se produce:

- Al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero en un automóvil particular o en un automóvil de alquiler, entendiéndose por tal a taxis, remises o similares.
- Al ser atropellado el Asegurado por cualquier clase de vehículo al transitar como peatón en la vía pública o al utilizar un vehículo no motorizado, como por ejemplo: bicicletas, patines o similares.

- **Accidente en Transporte Público**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como pasajero en un transporte público legalmente autorizado para el servicio de transporte regular de pasajeros, subiendo o bajando de los mismos, y habiendo pagado su correspondiente boleto o pasaje. Se entiende por transporte público a todo vehículo terrestre, acuático, marítimo o aéreo autorizado para el transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares. Se excluyen expresamente los taxis o cualquier otro medio de transporte privado.

- **Accidente en Transporte Privado**

Es el accidente que se produce al encontrarse el Asegurado como conductor o pasajero de un automóvil particular, siempre que no realice actividades comerciales ni deportivas con el mismo.

- **Accidente Aéreo**

Es el accidente que se produce al encontrarse el asegurado como pasajero en un servicio comercial aéreo regular destinado al transporte de personas, entre aeropuertos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros, y habiendo pagado el asegurado su correspondiente boleto o pasaje.

Artículo 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.

e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.

f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.

h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas,

submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales."

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

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

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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, 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 PRESTACION 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 - VALUACION 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 - AGRAVACION 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 concluído el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

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 - REDUCCION 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 - DESIGNACION 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 instituídos. 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 - RESCISION 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 incapacidad permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de incapacidad permanente reconocida.

Artículo 21 - 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 22 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 23 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales se sustanciará, a opción del Asegurado y/o sus beneficiarios, ante los Tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado y/o del lugar de emisión de la póliza, siempre que sea dentro de los límites del país.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
SEGURO INDIVIDUAL

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** CNP ASSURANCES Compañía de Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador.

- **Asegurado:** El Asegurado titular es la persona física sobre quien se contrata el presente seguro y que se indica en las condiciones particulares de poliza. También podrán ser Asegurados, en carácter de asegurados familiares : el cónyuge del titular o conviviente por un período continuo superior a cinco (5) años –plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia–, y los hijos del Asegurado titular –incluídos los hijos legalmente adoptados– que dependan económicamente de él y menores de veintiún (21) años.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2 - TERMINACION 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 titular.
c) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
d) Para los cónyuges, cuando termine la cobertura del Asegurado titular o por haber alcanzado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.
e) Para los hijos, cuando termine la cobertura del Asegurado titular, o al cumplir veintiún (21) años de edad o al dejar de depender económicamente del Asegurado titular.

ANEXO 1- RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura de este seguro o las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de vigencia inicial de la cobertura, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto que se manifiesten después de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.
b) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
c) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso

de drogas tóxicas, estupefacientes o substancias medicamentosas, no prescriptos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.

d) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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.
e) Los accidentes causados por hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la inseguridad interior del Estado.
f) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares.
h) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esqui o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
i) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
j) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
k) Manipulación de explosivos
l) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
m) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementares que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
n) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
o) Participación en acciones militares y/o policiales.

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1*

El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral), deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que dé comienzo la cobertura, la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante extensión del recibo oficial correspondiente.
Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato.
Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente financiero, que se determinará de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 4* de la Resolución N* 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2*

Para los pagos del premio siguientes al inicial, el Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo ni intereses, el que se contará desde las cero (0) horas del día de vencimiento del premio. Durante dicho plazo la póliza continuará en vigor, y si dentro de él se produjera un siniestro, se deducirá de la suma a abonarse por tal concepto la prima o fracción de prima impaga vencida. Si el premio no fuera abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente rescindida desde la cero (0) horas del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento del plazo.

Artículo 3*

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4*

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

Artículo 5*

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6*

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a los medios de cobranza autorizados que se indican en las Condiciones Particulares.

Artículo 7*

Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencido de este contrato.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: MUERTE

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la 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: CUIDADOS PROLONGADOS EN EL HOGAR

Artículo 1 - RIESGO CUBIERTO

El Asegurador concederá el beneficio, una vez cumplido el Periodo de Carencia y el Periodo de Deducible, cuando el Asegurado padezca, como causa directa de un accidente, de una condición física o cognitiva que le genere una invalidez total y permanente que no le permita llevar a cabo, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 2 – BENEFICIO

Una vez comprobada la lesión física o cognitiva que no permita al Asegurado realizar, como mínimo, dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria, el Asegurador le abonará el monto mensual consignado en las Condiciones Particulares.

La renta mensual se devengará desde el primer día del Inicio de la Incapacidad hasta un máximo de doce (12) meses siempre que:

(i) la Incapacidad subsista transcurrido el Período de Deducible; y

(ii) el Accidente haya ocurrido una vez transcurrido el Período de Carencia.

El beneficio será otorgado a los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la presente cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar y siempre que el Accidente que provoque la Incapacidad ocurra durante la vigencia de la cobertura y una vez transcurrido el Período de Carencia. A su vez, estará vigente mientras persista la invalidez crónica, y el Asegurado se encuentre con vida, y hasta tanto no se haya abonado la cantidad máxima de meses establecida en esta cláusula.

El beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la Póliza. En caso que un mismo evento genere otras indemnizaciones, el Asegurador no hará deducción alguna por esta cláusula adicional al abonar cualquier otro beneficio.

Artículo 3 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Accidente:** A los efectos de este beneficio adicional, y tal cual se define en las Condiciones Generales, se entiende por accidente a toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos

- **Cuidados Prolongados en el Hogar:** Es una invalidez crónica física o cognitiva causada como consecuencia directa de un Accidente, que debe ser determinada dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el Accidente. Esta cláusula adicional cubre el beneficio cuando el Asegurado se encuentra sin la capacidad de llevar a cabo dos o más de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria sin la asistencia de otra persona.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** son las aptitudes o capacidades que se detallan a continuación:

  - ✓ Bañarse: Es la capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.

  - ✓ Vestirse: Es la capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.

  - ✓ Alimentarse: Es la capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.

- ✓ Desplazarse: Es la capacidad para meterse en la cama y levantarse de esta, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.

- ✓ Necesidades Corporales/Ir al Sanitario: Es la capacidad de desplazarse hasta y desde el retrete, de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

- **Período de Deducible**: Es el período de sesenta (60) días, contados a partir del primer día del Inicio de Incapacidad, durante el cual el Asegurado no recibe el pago del beneficio. A su vez, se aplica a cada siniestro que ocurra a partir de los seis (6) meses contados desde la finalización del período de beneficios del siniestro anterior.

- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula adicional, durante el cual el Asegurado no tiene cobertura.

- **Inicio de Incapacidad:** Es el momento a partir del cual comienza la convalecencia o invalidez crónica y el Asegurado no puede llevar a cabo como mínimo dos de las cinco Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Artículo 4 - LIMITACIONES O CONDICIONES PARA PERCIBIR LOS BENEFICIOS

Es requisito indispensable para la solicitud del beneficio que la invalidez crónica haya sido prescripta por un profesional médico.

Para que se otorgue el beneficio al Asegurado, el Accidente deberá iniciarse en o después de la fecha de vigencia de su certificado individual y/o cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

El Asegurado no percibirá pago alguno durante el Período de Deducible. Una vez transcurrido el Período de Deducible, comenzará a abonarse el beneficio que corresponda al Asegurado.

Artículo 5 - PAGO DEL BENEFICIO

Toda solicitud de beneficios deberá ser requerida al Asegurador dentro de los quince (15) días contados desde el Inicio de Incapacidad, salvo que, por causas de fuerza mayor, el Asegurado y el Tomador se encontraran impedidos de solicitarla. En este último supuesto, el Asegurado o el Tomador deberán denunciar el siniestro dentro de los quince (15) días desde finalizado el impedimento. Una vez transcurrido el plazo de quince (15) días mencionado, el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad por el Accidente.

A fin de comprobar la necesidad de Cuidados Prolongados en el Hogar, corresponderá:

(i) al Tomador o Asegurado, denunciar el siniestro al Asegurador en forma escrita y adjuntar el informe del médico tratante.

(ii) al Asegurador, el derecho de solicitar un examen médico al Asegurado hecho por un examinador independiente seleccionado por el Asegurador y a su costo, por la cantidad de veces que considere razonablemente necesario siempre que la decisión de la continuación de prestaciones esté pendiente.

(iii) al menos una vez cada tres (3) meses durante el período en que se estén prestando el beneficio, el Asegurador podrá requerir la documentación que demuestre que el Asegurado permanece crónicamente inválido.

(iv) al Asegurado proporcionar al Asegurador todo elemento que éste le solicite. A su vez, el Asegurado permitirá al Asegurador realizar las averiguaciones que estime necesarias siempre que sean razonables.

Una vez aprobado el siniestro -y ya transcurrido el Período de Deducible-, el Asegurador abonará la primera mensualidad dentro de los cinco (5) días subsiguientes.

Artículo 6 – EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Son consideradas exclusiones para la presente cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar las Exclusiones previstas en las Condiciones Generales de la Póliza y los reclamos que se presenten:

(i) por causa de drogas y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico o haber sido proporcionados por un pariente cercano;

(ii) por internación en establecimientos de retiro, asilos o similares, si el Asegurado no requiere ninguna clase de atención médica o asistencia;

(iii) cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado;

(iv) como resultado de, u ocasionado por, guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares;

(v) como resultado de, u ocasionado por, contaminación por radioactividad;

(vi) como reclamo o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.

Artículo 7 – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Además de las causales previstas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cláusula adicional finalizará para cada Asegurado a partir del momento en que:

(i) el Asegurado cumpla la edad máxima que figura en las Condiciones Particulares. Cuando se determine la finalización de la cobertura de Cuidados Prolongados en el Hogar de un Asegurado por alcanzar la edad máxima de permanencia, el Asegurador devolverá al Asegurado, en caso de corresponder, las primas de riesgo no corrido y cobradas por esta cobertura.

(ii) el Asegurado haya recuperado la posibilidad de realizar una o más de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de forma tal que pueda desempeñar al menos cuatro de las cinco.

(iii) El Asegurado haya percibido la totalidad del beneficio que concede esta cláusula adicional de Cuidados Prolongados en el Hogar.

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período no cubierto que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.

- **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 - 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 historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

CONDICIONES ESPECIFICAS
Cobertura: INCAPACIDAD PERMANENTE (C)

Artículo 1 - COBERTURA

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

T O T A L

	%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%

P A R C I A L

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 meñique	8%	6%

b) Miembros inferiores

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

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

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

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último 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 deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad definitiva.

Los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad 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.

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
Alcance Cobertura: 24 horas

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, conforme las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

CLÁUSULA DE AJUSTE DE LA SUMAS ASEGURADAS (II) –
Índice de Precios

Artículo 1º - Sumas Aseguradas Individuales

Queda expresamente convenido que las Sumas Aseguradas previstas en esta póliza serán ajustadas anualmente, en oportunidad de la renovación anual de la póliza a efectos de mantener actualizados sus valores.

En las Condiciones Particulares de la póliza se identificarán las coberturas a las cuales resulta aplicable la presente Cláusula de Ajuste.

Artículo 2º - Índice de Ajuste

El índice de ajuste de las Sumas Aseguradas será convenido en las Condiciones Particulares de la presente póliza. De esta forma, las Sumas Aseguradas serán ajustadas al cumplirse la anualidad de la Póliza, aplicando el incremento verificado en el Índice de Precios previsto en las Condiciones Particulares durante dicho período. A tales efectos se calculará el coeficiente entre el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes que se propone ajustar y el índice de precios correspondiente a los dos meses anteriores al mes en que se realizó el último ajuste.

Podrá establecerse en las Condiciones Particulares un porcentaje mínimo de variación de precios, de forma tal que si la variación del índice de precios considerado no alcanzare dicho mínimo, la Compañía no procederá a realizar ajuste alguno, manteniendo las Sumas Aseguradas vigentes.

Asimismo, podrá pactarse en las Condiciones Particulares un porcentaje máximo de ajuste, de forma tal que si la variación anual del índice seleccionado supera dicho porcentaje, el ajuste a efectuar será igual al referido porcentaje máximo.

En caso que el índice seleccionado no hubiere sido publicado por el organismo competente, será de aplicación el índice de precios que lo hubiere reemplazado. Si no existiere tal índice, se aplicará el Índice de Precios al Consumidor Nivel General o el índice que en el futuro lo reemplace.

Artículo 3º - Aplicación

Las nuevas Sumas Aseguradas determinadas de conformidad al procedimiento descripto en el artículo precedente, entrarán en vigencia para cada asegurado a partir de la 0 hora del día siguiente al cual se cumpla cada anualidad de vigencia de la Póliza.

La Compañía procederá a comunicar con no menos de 45 días de anticipación a la fecha de su entrada en vigencia, el porcentaje de incremento que verifique el índice, las nuevas Sumas Aseguradas para las diversas coberturas y las nuevas primas que fueren de aplicación.

Artículo 4º - Primas

Las nuevas primas a abonar por cada Asegurado serán las que surjan de aplicar las tasas de prima vigentes para cada cobertura sobre las nuevas Sumas Aseguradas ajustados.

Artículo 5º - Aceptación por parte del Asegurado

Constituida la notificación por parte del Asegurador de las nuevas Sumas Aseguradas y respectivas primas a abonar, el Asegurado deberá informar al Asegurador si acepta o rechaza el ajuste, dentro del plazo de 30 días.

Si el Asegurado manifestara, dentro del plazo previsto en el párrafo anterior, su voluntad de continuar con las Sumas Aseguradas vigentes sin que se efectúe el ajuste, el Asegurador se obliga a mantener la cobertura de dicho Asegurado con las Sumas Aseguradas vigentes, no procediendo a realizarse ningún ajuste posterior.

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1 – COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

La cobertura posee un Período de Carencia de 2 días. La cantidad máxima de días cubiertos es 30 días. SA Máxima: $1,821 diarios