BBVA Seguros

AP COL VIGENCIA ANUAL
POLIZA Nº 1236375
CERTIFICADO Nº 84691

TOMADOR	LUGAR Y FECHA DE EMISION	
BLUE BRIGHT WATER S.R.L **CUIT 30717017974** **ASAMABLEA 617** **1609 BOULOGNE - BS AS BUENOS AIRES**	**Buenos Aires , 19 Agosto 2022**	
	VIGENCIA	
	desde las 12:00 hs del 19/08/2022	hasta las 12:00 hs del 19/08/2023
	ENDOSO	SUPLEMENTO
	0	0

PRIMA	PERCEP. IVA	REC. FINANCIEROS	IVA	SELLADO	IMPUESTOS/TASAS	II.BB.
$ 8.280,00	$ 248,40	$ 0,00	$ 1.738,80	$ 99,36	$ 91,08	$ 0,00

MONEDA	PREMIO	MEDIO DE PAGO	CUOTAS	IMPORTE DE LA CUOTA
PESOS	$ 10.457,64	TARJETA DE CREDITO	12	$ 871,47

VENCIMIENTOS					
01/09/2022	01/10/2022	01/11/2022	01/12/2022	01/01/2023	01/02/2023
01/03/2023	01/04/2023	01/05/2023	01/06/2023	01/07/2023	01/08/2023

EXCLUSIONES POR COBERTURA: Ver Anexo I en Condiciones Generales

Adjuntas las condiciones Generales y Cláusulas de cobertura, disponibles en sitio web www.bbvaseguros.com.ar, como asimismo las Cláusulas adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que conforman la póliza.

1 - 100 - 101 - 200 - 210 - 220

PRODUCTOR: DDN BROKERS SA - Nro Matricula: 839

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el asegurado sí no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

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 (Artículo 5º - primer párrafo de la Ley Nº 17.418).

INFORMACIÓN AL ASEGURADO

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 0800-999-4100. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.bbvaseguros.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. El temperamento expuesto no aplica a las pólizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.
Para consultas o reclamos, comunicarse con BBVA Seguros Argentina S.A. al 0800-999-4100, de lunes a viernes de 9 a 21hs.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveídos N° 99.148, 99.846 y 108.764.

Compañía Aseguradora: BBVA SEGUROS ARGENTINA S.A.
Av. Córdoba 111, piso 22 - C1054AAA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 0800-999-4100
Lugar y Fecha: Buenos Aires, 19 Agosto 2022

Gastón Schisano
Gerente General
BBVA Seguros

El presente se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de Actividad Aseguradora

DETALLE DE COBERTURAS (Por Asegurado):	CAPITAL ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	$ 3.000.000,00
ASIST MEDICO-FARMAC (1)	$ 300.000,00
INCAP PERM POR ACC	$ 3.000.000,00

(1) Franquicia: $500.

EDADES:

EDAD MINIMA DE INGRESO: cumpleaños 5
EDAD MAXIMA DE INGRESO: cumpleaños 71
EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: cumpleaños 71

AMBITO DE COBERTURA: 24 HORAS

ACTIVIDAD: 1 SANEAMIENT/MANTENIM/SERV TECN

Cúmulo por evento: 3 vidas involucradas en una ocurrencia de pérdida.

TRABAJOS EN ALTURA - CONDICIÓN DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que, cuando el Asegurado se encuentre efectuando trabajos en altura, la cobertura otorgada por la presente póliza queda condicionada al cumplimiento de las normas vigentes en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo.
El incumplimiento de esta carga impuesta al Asegurado y al Tomador por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado.
Altura máxima permitida: 25 mts

BENEFICIARIO: CLAUSULA 104

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS

SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO

Artículo 1° - CONDICIONES

El tomador declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.
El presente seguro cubre los accidentes que sufran los Asegurados, y por las indemnizaciones especificadas
en las Condiciones Particulares de póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste
tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Artículo 2° - BENEFICIARIOS

Se instituye beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación: a) por el monto que resultase de cualquier

responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los Asegurados; b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los Asegurados, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los Asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

BBVA Seguros

AP COL VIGENCIA ANUAL
POLIZA Nº 1236375
CERTIFICADO Nº 84691

Póliza: 12 01236375-00000 BLUE BRIGHT WATER S.R.L
Importes expresados en moneda: $ PESOS

Cert: 84691

Componente	Nombre del Asegurado	Capital de Muerte	Ob.
1	**CHAVEZ OSCAR ALEJANDRO** Fec. Nac: 1962-01-08 DNI 16124172 Fecha Ingreso: 19/08/2022 Fecha Egreso: / /	3.000.000,00	Activo
TOTALES	**Cantidad: 1**	**3.000.000,00**	

BBVA Seguros

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Condiciones Generales



Creando Oportunidades

Condiciones Generales

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Ante cualquier consulta, comuníquese con nuestro
Centro de Atención al Cliente:

0-800-999-4100

De lunes a viernes de 09:00 a 21:00 hs.
(Línea sin costo de larga distancia).

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

Índice

- **Anexo I - Advertencia - Exclusiones a la Cobertura Condiciones Generales** **4**
- **Anexo 100 - Condiciones Generales** **5**
- **Anexo 200 - Condiciones Específicas - Fallecimiento** 12
- **Anexo 210 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicionade Invalidez Permanente** 12
- **Anexo 220 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional de Asistencia Medica** 14
- **Anexo 230 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional Renta Diaria por Invalidez Temporaria** 15
- **Anexo 240 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional de Renta Diaria por Hospitalizacion** 16
- **Anexo 250 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional Renta Diaria por Hospitalizacion en Terapia Intensiva** 16
- **Anexo 260 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional Renta Diaria por Hospitalizacion en el Extranjero** 17
- **Anexo 270 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional Muerte Simultánea de Ambos Conyuges** 18
- **Anexo 280 - Condiciones Específicas - Cláusula Adicional Gastos de Sepelio** 19
- **Anexo 290 - Condiciones Específicas - Cláusula Adiconal Muerte del Conyuge** 20
- **Anexo 300 - Condiciones Específicas - Cláusula Adiconal Hijo Postumo** 20

BBVA Seguros

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO I - ADVERTENCIA - EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONDICIONES GENERALES

Quedan excluidos de este seguro:

a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.

b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.

d) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas.

f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES

Artículo 1° - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418 y a las de la presente póliza. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y con las Condiciones Específicas respecto a las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Artículo 2° - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, 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, siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del accidente, sujeto a los términos y condiciones establecidas 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 lo dispuesto por el último párrafo del Artículo 2 de las Condiciones Específicas de la cobertura de Invalidez Permanente, siendo obligatoria la contratación de la cobertura de Muerte.

Artículo 4° - DEFINICION DE ACCIDENTE

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

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

Artículo 5° - ALCANCE DE LA COBERTURA

Conforme a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente póliza, este seguro cubre todos los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares

terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

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

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

Artículo 6° - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.

b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.

d) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas.

f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe

como elemento activo.

j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Artículo 7° - PERSONAS NO ASEGURABLES

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

Artículo 8° - PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas de seguro, cuyo importe y periodicidad se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza, deberán ser pagadas en las oficinas del Asegurador o en los lugares o forma convenidos a tal efecto. Si el pago de la primera prima o de la prima única no se efectuara oportunamente, el asegurador no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.

Para las primas siguientes a la 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 de la prima. 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 las primas no fueran abonadas dentro del plazo de gracia, la cobertura quedará automáticamente suspendida 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.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido.

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) 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 racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste, deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador. El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin

perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para restablecer las causas de 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:

Modificación del estado físico o mental del Asegurado.

Modificación de su profesión o actividad.

Fijación de residencia fuera del país.

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

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

Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 6, inciso g).

Artículo 15° - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

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

Artículo 16° - 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 beneficiario es por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se 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 invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Artículo 21° - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para: Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;
Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Artículo 22° - DOMICILIO

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

Artículo 23 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 24° - PRESCRIPCION

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computando desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

Artículo 25° - COMPETENCIA

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

Artículo 26° - MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos de primas, como así también el pago de todas las obligaciones del Asegurador, deberán ser efectuados en la moneda del contrato en las Condiciones Particulares de póliza.

Cuando la moneda del contrato fuera distinta a la de curso legal en la República Argentina, y como consecuencia de cualquier disposición de la autoridad monetaria se restringiera la obtención de las divisas en el mercado, o de otro modo se impidiera a las partes cumplir con sus obligaciones en la moneda pactada, dichas obligaciones se convertirán a moneda de curso legal en la República Argentina, de acuerdo con lo que oportunamente disponga la autoridad competente. En su defecto, se convertirán de acuerdo con su cotización en la moneda pactada del día hábil inmediato anterior al pago en el mercado de Nueva York. No disponiéndose de esta cotización se utilizará, en igual forma y en este orden, la correspondiente a los Mercados de Montevideo, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio.

CLÁUSULA 101 - CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO COLECTIVO

Artículo 1° - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

Asegurador: BBVA CONSOLIDAR SEGUROS S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato. Tomador: Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado. Grupo asegurable: Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.

Asegurado: Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el Certificado Individual de la Incorporación. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado. Beneficiario: Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.

Artículo 2° - VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Altas: Para las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la fecha de vencimiento de prima siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de adhesión. Bajas: La cobertura de este seguro para cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador.
c) Por fallecimiento del Asegurado.
d) Por haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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

ANEXO 200 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

FALLECIMIENTO

Artículo 1° - COBERTURA

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

Artículo 2° - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:
Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
Certificado médico detallando las causas de fallecimiento. Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

ANEXO 210 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una invalidez

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

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida.	**100%**
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	**100%**

PARCIAL

a) Cabeza

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

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

c) Miembros Inferiores

Pérdida total de una pierna	**55%**
Pérdida total de un pie	**40%**
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	**35%**
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	**30%**
Fractura no consolidada de una rótula	**30%**
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	**20%**
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	**40%**
Anquilosis de la cadera en posición funcional	**20%**
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	**30%**
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	**15%**
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	**15%**
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	**8%**
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5cm.	**15%**
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3cm.	**8%**
Pérdida total del dedo gordo de un pie	**8%**

Pérdida total de otro dedo del pie	**4%**

Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado. La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de 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 otros miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente. Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada. En caso de constar en la solicitud o propuesta que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores. La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado. Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente. La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

Artículo 2° - PAGO DEL BENFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva. Los porcentajes abonados en conjunto en concepto de Invalidez Permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, serán deducidos de la indemnización que corresponda al producirse el fallecimiento del Asegurado.

ANEXO 220 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

Artículo 1° - COBERTURA

Mediante esta cobertura el Asegurador reembolsará los gastos de asistencia médico-farmacéutica prescripta por facultativo en que haya incurrido el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, hasta la suma asegurada prevista para esta cobertura en la Condiciones Particulares de póliza, siendo de aplicación la franquicia por siniestro que se indica en las Condiciones Particulares de póliza. El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales. Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.

Artículo 2° - PAGO DEL BENEFICIO

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

ANEXO 230 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL RENTA DIARIA POR INVALIDEZ TEMPORARIA

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una invalidez temporaria que impida al Asegurado atender sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día del tratamiento médico por la invalidez cuando el mismo supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computando en días completos y consecutivos y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en la Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la incapacidad temporaria y que incluirá el alta definitiva. Mientras no se dé el alta definitiva del Asegurado, el Asegurador abonará la renta diaria correspondiente en forma mensual.

Artículo 3 - INVALIDECES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado sufriera nuevamente una incapacidad temporaria

originada por la misma causa, la nueva incapacidad se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

ANEXO 240 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en la Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2° - DEFINICIONES

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

Artículo 3° - PAGO DEL BENEFICIO

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

Artículo 4° - HOSPITALIZACIONES RECURRENTES

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

ANEXO 250 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL RENTA DIARIA POR

HOSPITALIZACION EN TERAPIA INTENSIVA

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computando en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2° - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

Hospitalización: Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.

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

Artículo 3° - PAGO DEL BENEFICIO

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

Artículo 4° - HOSPITALIZACIONES RECURRENTES

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

ANEXO 260 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION EN EL EXTRANJERO

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza ocurrido fuera del territorio de la República Argentina causara la hospitalización en el extranjero del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización en el extranjero cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computando en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2° - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

• Hospitalización: Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.

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

Artículo 3° - PAGO DEL BENEFICIO

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

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

Artículo 4° - HOSPITALIZACIONES RECURRENTES

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

ANEXO 270 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL MUERTE SIMULTÁNEA DE AMBOS CONYUGES

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, y de su cónyuge, ambos dentro de un año a contar de la fecha de accidente, el Asegurador abonará

la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.
A los efectos de esta cobertura se extiende el concepto de cónyuge al conviviente del Asegurado, siempre que el período de convivencia sea superior a cinco (5) años, plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia.

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:

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

Articulo 3° - TERMINACION DE COBERTURA DEL CONYUGE
La cobertura prevista para el cónyuge cesará cuando alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ANEXO 280 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICIONAL GASTOS DE SEPELIO

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA
Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado o un integrante de su grupo familiar, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.
A efectos de esta cobertura podrán ser asegurables los siguientes integrantes del grupo familiar: cónyuge e hijos solteros menores de 20 años de edad del Asegurado. Se extiende el concepto de cónyuge al conviviente del Asegurado, siempre que el período de convivencia sea superior a cinco (5) años, plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia.
En el caso de hijos menores de 14 años, la suma asegurada por esta cobertura no podrá superar los gastos de servicio de sepelio.

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 siguiente documentación:

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

Artículo 3° - TERMINACION DE COBERTURA DEL GRUPO FAMILIAR

La cobertura prevista para los integrantes del grupo familiar cesará: Para el cónyuge, cuando alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para los hijos, al cumplir veinte (20) años de edad.

ANEXO 290 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICONAL MUERTE DEL CONYUGE

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares)

Artículo 1° - COBERTURA

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

A efectos de esta cobertura se extiende el concepto de cónyuge al conviviente del Asegurado, siempre que el período de convivencia sea superior a cinco (5) años, plazo que se reducirá a dos (2) años cuando exista descendencia.

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:

Copia legalizada de la partida del cónyuge del Asegurado.

Certificado médico detallando las causas del fallecimiento. Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

Artículo 3 - TERMINACION DE COBERTURA DEL CONYUGE

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

Cuando sobrevenga cualquier causal en cuya virtud el vínculo matrimonial resulte afectado (nulidad, divorcio, separación de hecho por decisión unilateral o conjunta, etc.)

Cuando el cónyuge del Asegurado alcance la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ANEXO 300 - CONDICIONES ESPECÍFICAS

CLÁUSULA ADICONAL HIJO POSTUMO

(La presente cláusula sólo tendrá valor si se la indica expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares).

Artículo 1° - COBERTURA

Si luego del fallecimiento del Asegurado varón, como consecuencia de un

accidente, se produjera el nacimiento de un hijo/a suyo, cuya madre sea la cónyuge o conviviente, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares siempre que el nacimiento se produzca en un

Establecimiento Asistencial de las características definidas en el Art. 2 y siempre que el Asegurado, al momento de la concepción, sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

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

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

Artículo 2° - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

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

Artículo 3 °- BENEFICIARIO

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

Artículo 4 °- PAGO DEL BENEFICIO

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

Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.

Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.

Partida de nacimiento del recién nacido.

Constancia del nacimiento proveniente del Establecimiento Asistencial.

Partida de nacimiento del Asegurado o cualquier otro documento público que acredite su edad.

Artículo 5 °- PERSONAS NO ASEGURABLES

En el caso que el asegurado titular fuera mujer, la cobertura otorgada por la presente no será extensible al esposo.

Artículo 6° - RIESGOS ESPECÍFICOS NO CUBIERTOS

Además de los Riesgos No Cubiertos establecidos en el Artículo 6 de las Condiciones Generales no se abonará el beneficio cuando: La madre del hijo nacido del Asegurado no sea el cónyuge o conviviente declarado como tal por el Asegurado al momento de presentar la Solicitud de la presente cobertura.

BBVA Seguros

Más información:

Av. Leandro N. Alem 728, C.A.B.A.

www.bbvaseguros.com.ar

0-800-999-4100

Aseguradora: BBVA Seguros Argentina S.A. CUIT: 30-50006423-0
Av. Leandro N. Alem 728/732 (C1001AAP) - C.A.B.A.

BBVA Seguros

Seguro de Accidentes Personales Colectivo

Guía de Servicios



Creando Oportunidades

Guía de Servicios

Seguro de Accidentes Personales

Teléfono para Asistencia las 24hs:
0800-666-1259

Si usted necesita mayor información, por favor comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente:
0-800-999-4100, de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

Los servicios serán brindados de acuerdo con las siguientes Condiciones Generales del Prestador EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.

Índice

Definiciones de términos. **Pág. 4**

Validez territorial.
Vigencia del servicio.
Solicitud de asistencia.
Prestaciones comprendidas.
Traslados y Repatriaciones Sanitarias. **Pág. 5**

Asistencia Odontológica.
Medicamentos Recetados.
Segunda Opinión Médica.
Envío de Taxi / Remis. **Pág. 6**

Asistencia Médica ante urgencia.
Obligaciones del beneficiario.
Exclusiones generales del servicio de asistencia de Accidentes personales.
Subrogación. **Pág. 7**

Responsabilidad.
Ley y jurisdicción aplicable. **Pág. 8**

BBVA Seguros

CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

El siguiente clausulado que se consigna seguidamente describe las prestaciones, características, montos, topes y demás condiciones que regulan el servicio de Asistencia de Accidentes personales de BBVA Seguros. Al quedar incorporado al sistema, el BENEFICIARIO, los demás beneficiarios, BBVA Seguros, y Europ Assistance Argentina S.A. (en adelante, EAA) como proveedor del servicio aceptan las presentes condiciones generales en todos sus términos.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS

Para los efectos de la presentación de los SERVICIOS aquí detallados, se entenderá por:

BENEFICIARIO(S): Serán considerados beneficiarios titulares, a los efectos de esta prestación exclusivamente, las personas físicas clientes de BBVA Seguros.

SERVICIOS: Son las actividades, operaciones y funciones a cargo del PROVEEDOR relacionadas con la asistencia, y cuya descripción, límites, alcances y condiciones se detallan en este documento.

PROVEEDOR O PRESTADOR: Es EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A con domicilio en Carlos Pellegrini 1163 piso 9° (Código Postal 1009) – Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EVENTO: Solución brindada por el prestador en relación con una solicitud de servicio de asistencia. En caso de que el BENEFICIARIO solicitare una segunda solución para resolver la misma eventualidad, el PROVEEDOR podrá considerarlo como un EVENTO adicional.

SINIESTRO: Es un acontecimiento que produce daños amparados en las presentes condiciones generales del servicio.

ACCIDENTE: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, causando daños a una persona y/u objeto.

URGENCIA: Es todo imprevisto que, no siendo EMERGENCIA, afecte las instalaciones de la vivienda, impidiendo su normal funcionamiento.

EMERGENCIA: Es el imprevisto que ocasione inhabitabilidad de la vivienda y/o también la imposibilidad de acceso o salida de esta, como, asimismo, el eventual riesgo de vida de sus habitantes.

AVERIA: Daño o deterioro de un objeto de modo tal que su funcionamiento normal esté impedido.

ROBO: Usurpación ilegítima utilizando la fuerza sobre las cosas, amenazas o violencia física en las personas.

REINTEGRO: Monto de dinero a entregar al BENEFICIARIO cuando hubiera abonado gastos en relación con los servicios cubiertos aquí descriptos,

siempre y cuando los mismos hayan sido autorizados debidamente por el PRESTADOR antes de ser realizados. Los REINTEGROS se realizarán por el proveedor en cuenta bancaria a designar por el BENEFICIARIO titular.
EXCEDENTE: Monto a pagar por parte del BENEFICIARIO cuando se supere el tope económico establecido en la cobertura al momento de recibir el SERVICIO.

La identificación será necesaria al momento de ser solicitada la asistencia, y la misma estará dada en función de número de BENEFICIARIO impreso en las credenciales y/o DNI. La identificación habrá de exhibirse con carácter previo a la prestación de la asistencia junto con el comprobante de cuota paga al día.

VALIDEZ TERRITORIAL

Los servicios se brindarán en la República Argentina en la vivienda declarada como domicilio real vigente por el BENEFICIARIO y países limítrofes en los registros de BBVA Seguros.

VIGENCIA DEL SERVICIO

Vigente el servicio, los asociados de BBVA recibirán la prestación durante todo el período en el cual permanezcan en la condición de asociado.
La condición de asociado a los efectos de la prestación del Servicio de Asistencia se considerará a partir de las 00.00hs. (cero horas) del día siguiente de su ingreso como BENEFICIARIO.

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Los SERVICIOS serán prestados por el PROVEEDOR a los BENEFICIARIOS, cuando así sean solicitados, las 24 horas del día durante los 365 días del año. Para solicitar un SERVICIO, el BENEFICIARIO deberá comunicarse al 0800-888-7436.

En todos los casos, el beneficiario deberá suministrar la siguiente información:
Nombre y apellido.
Número de BENEFICIARIO y/o DNI.
Motivo del llamado y tipo de urgencia solicitada.
Número telefónico para eventual contacto.

PRESTACIONES COMPRENDIDAS

TRASLADOS Y REPATRIACIONES SANITARIAS

Tope: USD 400 -Rep. Argentina/USD 3.500 Países Limítrofes/USD 10.000 Resto del Mundo

En caso de que un BENEFICIARIO sufra una enfermedad o accidente tal que el equipo médico de EUROP ASSISTANCE en contacto con el médico tratante, recomienden hospitalización, EUROP ASSISTANCE organizará y tomara a cargo en países limítrofes incluidos dentro del tope de asistencia.

a) El traslado del BENEFICIARIO al centro más cercano, y
b) Si fuera necesario por razones médicas:
1. El traslado del BENEFICIARIO bajo supervisión médica por los medios

más adecuados, ambulancia, avión de línea regular y/o ambulancia aérea si fuera necesario, al centro hospitalario más apropiado según las particularidades de las heridas o de la enfermedad del BENEFICIARIO.
2. Si las condiciones médicas permiten la repatriación del BENEFICIARIO el equipo médico de EUROP ASSISTANCE organizará y pagará hasta el tope informado la repatriación del BENEFICIARIO bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o centro médico más cercano a su residencia permanente.

El equipo médico de EUROP ASSISTANCE y el médico tratante aportarán las disposiciones necesarias para dicha repatriación. El avión sanitario se utilizará en caso de que la herida o enfermedad sea de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del equipo médico de EUROP ASSISTANCE Según las circunstancias, un médico o enfermera acompañará al BENEFICIARIO en caso de ser necesario.

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Tope: USD 35 Rep. Argentina // USD 200 Exterior

Se brindará el servicio odontológico de urgencia que requiera el beneficiario, limitado al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria afectada-

MEDICAMENTOS RECETADOS

Límite: USD 35 Rep. Argentina // USD 200 Exterior

EUROP ASSISTANCE se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados por el médico tratante y aprobado por el Departamento Médico de la Central Operativa de EUROP ASSISTANCE. Los desembolsos realizados por el beneficiario para la compra y autorizados por la Central Operativa de EUROP ASSISTANCE serán reintegrados dentro de los límites de cobertura, una vez retornado al país de origen del viaje, contra la presentación de la prescripción médica y facturas originales. EUROP ASSISTANCE no asumirá en ningún caso el costo de medicamentos no prescriptos por el profesional médico interviniente, no relacionados con la asistencia requerida, ni los destinados al tratamiento de patologías preexistentes, salvo que el producto específicamente así lo contemple

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Tope: Ilimitado.

Este servicio se brinda únicamente en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en que sea necesaria una Segunda Opinión Médica que aporte más información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología. Este servicio se encontrará a disposición del Asegurado las 24 hs. del día y durante los 365 días del año.

ENVÍO DE TAXI / REMIS

Tope: USD 20 por día. Extranjero USD 50 por día, hasta 3 días anuales.

Traslado en taxi o Remis para los acompañantes.

ASISTENCIA MÉDICA ANTE URGENCIA

Tope: USD 400 -Rep. Argentina/USD 3.500 Países Limítrofes/USD 10.000 Resto del Mundo

EAA asistencia asistirá al beneficiario ante urgencia brindando:

- Atención en consultorio o a domicilio
- Atención por especialistas
- Examen Médicos complementarios
- Internaciones
- Intervenciones quirúrgicas
- Cuidado intensivo y unidad coronaria

EAA se encargará ante urgencias de:
A) Atención en consultorio o a domicilio
B) Atención por especialistas
C) Examen Médicos complementarios
D) Internaciones
E) Intervenciones quirúrgicas
F) Cuidado intensivo y unidad coronaria

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

El BENEFICIARIO se obliga bajo el presente a:
Brindar información completa y veraz en todos los casos.
Estar presente en cualquiera de los casos derivados de un pedido de SERVICIO de asistencia.
Comunicarse con el PROVEEDOR lo más rápido posible como para solicitar los SERVICIOS a los teléfonos indicados y/o comunicar lo ocurrido en cualquier situación relativa a las condiciones generales de este documento.
En caso de que el PROVEEDOR haya aprobado la efectivización de un REINTEGRO al BENEFICIARIO, este último dispondrá de 60 días corridos para el envío de la documentación solicitada y/o de los comprobantes originales relativos al mismo. Vencido ese plazo, el PROVEEDOR no procederá al REINTEGRO de este.
En caso de que el BENEFICIARIO no se haya podido comunicar con el PROVEEDOR por algún hecho fortuito o de fuerza mayor al momento del siniestro, el BENEFICIARIO deberá comunicarse dentro de las 72 horas. inmediatas siguientes de ocurrido su cese para así dar aviso de lo ocurrido, gestionar su autorización y ulteriormente su reintegro.

EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE ACCIDENTES PERSONALES:

SUBROGACIÓN

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales, Europ Assistance quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder a los beneficiarios o sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas en virtud del evento ocasionante de la asistencia prestada.

Se establecerá que cuando las prestaciones determinadas en estas condiciones generales están también cubiertas total o parcialmente por una póliza de seguros o cualquier otro medio, el beneficiario se obligará a efectuar todas las gestiones y reclamos necesarios ante la compañía de seguros o terceros que correspondieren, para lograr que éstos respondan directamente y en primer término por el cumplimiento de las obligaciones respectivas.
En consecuencia, el beneficiario cede irrevocablemente a favor de Europ Assistance los derechos y acciones comprendidos en la presente cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración o a subrogar tales derechos a Europ Assistance, esta última quedará automáticamente desobligada a abonar los gastos de asistencia originados.

RESPONSABILIDAD

Europ Assistance no será responsable y no indemnizará a los beneficiarios por cualquier daño, perjuicio, lesión o enfermedad por el hecho de haberle brindado al beneficiario a su solicitud, personas o profesionales para que los asistieren por cualquiera de los servicios previstos en las presentes Condiciones Generales, limitando su responsabilidad a lo expresado bajo las mismas.

Europ Assistance provee únicamente servicios cuando le son solicitados, y en las circunstancias previstas en las presentes Condiciones Generales.

LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Deberá dejarse constancia que para todas las cuestiones de derecho relativas a la relación entre los beneficiarios de los servicios detallados precedentemente quedará pactada la aplicación de la legislación argentina y la jurisdicción de los tribunales Ordinarios de la ciudad de Buenos Aires, con renuncia a cualquier otro fuero o jurisdicción.

BBVA Seguros

Más información:

Av. Leandro N. Alem 728, C.A.B.A.

www.bbvaseguros.com.ar

0-800-999-4100

Aseguradora: BBVA Seguros Argentina S.A. CUIT: 30-50006423-0
Av. Leandro N. Alem 728/732 (C1001AAP) - C.A.B.A.