533016014660111213

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

AP - TRADICIONAL
PRODUCTO: PROTECCIÓN AMBITO LABORAL E IN ITINERE
Cantidad de cuotas: 12 cuotas mensuales
Forma de Pago: TELEMARKETING
ENTIDAD DE COBRANZA: VISA S.A.
TIPO DE CUENTA: TARJETA DE CREDITO Nro.DE CUENTA: 4050XXXXXX911839

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: MENENDEZ MARIANELA
Tipo y Nro.de Documento: DU 27.577.071 Fecha de Nacimiento: 06/06/1979

Actividad principal: Ingeniero con uso de sustancias químicas no riesgosas
¿Realiza tareas de altura?(más de 2,40 metros): No

Tiene otra ocupación aparte de la principal? No

Practica algún deporte? No

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS
HEREDEROS

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

5330160146601112 13

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: GASTOS DE ASIST. MEDICO-FARMACEUTICA P/ACC
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $500.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

Franquicia: 1,5% de la suma asegurada para esta cobertura con un mínimo de $100

DECLARACION DE SALUD
¿Padece Disminución Visual, Auditiva o Motora?: No
¿Sufre Usted alguna Incapacidad o Limitación de su Capacidad Laboral?: No
¿Concurre actualmente a sus Ocupaciones Habituales?: SI

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS
¿Tiene otro Seguro de Accidentes Personales, en esta u otra Compañía?: No

Gastos de Producción $297,89 Gastos de Explotación $3.020,56

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

Servicio Adicional de Asistencia Médica
Manual de Asistencia

El Servicio Adicional de Asistencia Médica conforma un beneficio excepcional, ofrecido al Asegurado de pólizas de Accidentes Personales con inicio de vigencia desde el 21/09/2004, al cual podrán acceder también los integrantes de su grupo familiar que más adelante se indican (en adelante en conjunto denominados "los beneficiarios").

La utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica es optativa para los beneficiarios y se prestará única y exclusivamente en las condiciones que se establecen en el documento de incorporación del grupo familiar (en adelante la solicitud de incorporación).

1.Coordinador y Prestadores del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El SAAM es coordinado y prestado por SIFEME S.A.

Prestación del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

Será prestado todos los días durante las 24 horas, exclusivamente dentro del territorio de la República Argentina, en la medida que no existan impedimentos geográficos y/o climáticos que lo imposibiliten.

Para tener derecho a la utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica, constituye condición previa que el Asegurado de la póliza de Accidentes Personales a la que se le adicione este beneficio, haya presentado previamente a Caja de Seguros S.A. la solicitud de incorporación.

Cumplida esa condición, para solicitar el servicio deberá llamar al teléfono:

0800-888-4000 (válido para todo el país)

En ocasión de solicitar este servicio deberá indicar alguno de los siguientes datos:
-Número de credencial.
-Apellido y nombres del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Tipo y número de documento del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Número de póliza de Accidentes Personales.

Ante cualquier duda, los beneficiarios cuentan con el Centro de Atención Telefónica con el cual podrán comunicarse de lunes a viernes de 8 a 20 hs. y los sábados,domingos y feriados de 10 a 18 hs.

2.Beneficiarios del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica sólo podrá ser válidamente requerido por el Asegurado titular (o en caso de imposibilidad de éste por sus representantes o cualquiera de los beneficiarios) de una póliza de Accidentes Personales con cobertura
vigente al momento en que lo peticione, que incluya este beneficio y que hubiera cumplido con la solicitud de incorporación.

Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará reconocimiento alguno por parte del Asegurador.

El Asegurado titular podrá solicitar el Servicio Adicional de Asistencia Médica para sí o para cualquiera de los miembros del grupo familiar identificado en la solicitud.

Podrán ser incorporados a la solicitud respectiva:
-Su cónyuge o integrante de unión convivencial;
-Sus hijos solteros menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.
Se consideran hijos también a los fines del Servicio Adicional de Asistencia Médica a los legalmente adoptados y a los hijos de progenitor afín.

Se entenderá por integrante de la unión convivenciala las personas que se encuentren comprendidas en las siguientes situaciones:

a)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal pero con hijos reconocidos por ambos.
b)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal en tanto y en cuanto el Asegurado hubiese denunciado a la obra social o prepaga, con anterioridad a la contratación del seguro, su situación de convivencia.
c)Persona cuya convivencia con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales conste en información sumaria expedida por la autoridad competente.
d)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales con vínculo matrimonial contraído en el extranjero y no reconocido por la legislación vigente en la República Argentina, con o sin hijos, que acredite el vínculo contraído con documentación fehaciente.

Los beneficiarios quedarán habilitados para el alta al momento de la contratación del seguro de Accidentes Personales y los que hubieran cumplido con la solicitud de incorporación.

Será responsabilidad exclusiva y excluyente del Asegurado del seguro de Accidentes Personales, mantener actualizada la información relacionada con la nómina de su grupo familiar beneficiario, informando oportunamente las altas (por nacimiento) y/o bajas (por superar la edad límite y/o cambio de estado civil y/o cambio de actividad y/o fallecimiento).

3.En qué consiste el Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se presta mediantela asistencia profesional de un médico y de una ambulancia si fuera necesario, en el lugar donde lo requiera el beneficiario, bajo las condiciones indicadas en el presente manual.

3.1.Tipos de prestaciones del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Emergencias Médicas: ante situaciones que ponen en riesgo la vida del beneficiario y requieren atención médica inmediata, se enviará una ambulancia UTIM (unidad de terapia intensiva móvil) con un médico.

Urgencias Médicas: en presencia de circunstancias que, sin poner en riesgo la vida del beneficiario en forma inmediata, requieren premura en la atención por su naturaleza y síntomas, se enviará una ambulancia con médico para su atención en esa contingencia.

Consultas Médicas: para el tratamiento de cuadros médicos menores, derivados de dolencias que no revisten complejidad ni requieren inmediata respuesta. Serán atendidas por un médico clínico o pediatra, según se trate de adultos o niños. Esta clase de consultas prevén el pago de un arancel a cargo del beneficiario/ asegurado titular de la póliza de accidentes personales con el beneficio.

3.2.Alcance del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se circunscribe en todos los casos a la evaluación del estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo y la orientación respecto de las conductas a seguir. En caso de ser necesario, el médico interviniente suministrará medicación de urgencia hasta la compensación del cuadro sintomatológico previa a su derivación hospitalaria o sanatorial.

Si de la evaluación médica del beneficiario resultare la necesidad de su internación, se lo derivará a la clínica o sanatorio más cercano que el beneficiario indique. En aquellos casos en los que el beneficiario careciere de una cobertura médica social, será derivado al hospital público más cercano.

3.3.Arancel a cargo del beneficiario/asegurado de la póliza de accidentes personales

Las consultas médicas para el tratamiento de cuadros menores están condicionadas al pago de un arancel a cargo del beneficiario, en un monto fijo y predeterminado de $200.- por atención. El mismo deberá ser abonado al médico concurrente, previo a iniciarse la prestación del servicio y como condición del mismo.

4.Exclusiones generales del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Quedan excluidos de este servicio adicional de asistencia los eventos, contingencias y daños que se detallan a continuación:

-Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del beneficiario, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por ingesta de drogas, narcóticos y/o bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.

-Enfermedades o lesiones derivadas de la participación del beneficiario como elemento activo en hechos de guerra, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lockout.

-Traslados sanitarios.
-Derivaciones para estudios complementarios.
-Accidentes de trabajo incluyendo in itinere.
-Enfermería.
-Atenciones en salud mental.
-Atenciones odontológicas.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica podrá ser modificado y/o dejado sin efecto en cualquier momento por Caja de Seguros S.A. sin necesidad de comunicación previa a los beneficiarios. Los servicios precedentemente consignados son los vigentes y acordados con los Prestadores al momento de la emisión.

Anexo Servicio de Telemedicina

Definición del Servicio: El servicio de Telemedicina consiste en consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas.

Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatolo-gía, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Neuropsicolo-gía, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonolo-gía.

Beneficiarios del Servicio: Podrán hacer uso del servicio de Telemedicina, el asegurado de la póliza y los integrantes de su grupo familiar. Se entiende por integrantes del grupo familiar al cónyuge o conviviente e hijos menores de 25 años.

Ámbito de la Cobertura: Se podrá acceder al servicio de Telemedicina las 24 horas, los 365 días del año y desde cualquier lugar del mundo, en la medida que no existan impedimentos de conexión a internet.

Costo del Servicio: El asegurado y los integrantes del grupo familiar cuentan con este servicio en forma totalmente gratuita, en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas.

Forma de Acceso: Para acceder al servicio ingresá a alguna de las siguientes opciones:

. www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina", ó

. www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora".

Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

Finalización del Servicio: El asegurado y su grupo familiar tendrán acceso al servicio en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas. Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará el reconocimiento alguno por parte del Asegurador de cober-tura vigente y/ó existencia de seguro. La Caja asimismo se reserva el derecho de dejar sin efecto este servicio en cualquier momento, sin necesidad de notificación previa al asegurado.

INEBA S.A. y el Asegurador quedarán exentos de responsabilidad por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las obligaciones cuando dicho

incumplimiento o defectuoso cumplimiento obedeciera a hechos de caso fortuito o de fuerza mayor.

El servicio es prestado por INEBA S.A., CUIT 30-70734357-1, domiciliada en Guardia Vieja 4435, C.A.B.A.

Este servicio es el vigente y acordado con el prestador al momento de la emisión de esta póliza y podrá ser modificado por La Caja sin previo aviso, según los términos pactados con el prestador vigentes al momento de la prestación del servicio. El prestador, al recibir la solicitud de un servicio, informará al asegurado los alcances y condiciones del mismo.

Para más información consultá en www.lacaja.com.ar.

Los seguros son emitidos por Caja de Seguros S.A. y se rigen por los términos y condiciones de la póliza contratada. Fitz Roy 957 (C1414CHI) C.A.B.A., Argentina, CUIT 30-66320562-1. N° de Inscripción en SSN: 501. Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 ó 0-800-666-8400. www.ssn.gov.ar

5330160146501112 13

MARTINEZ SABRINA GISELLE
FRANKLIN D ROOSEVELT 5621
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601465-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MARTINEZ SABRINA GISELLE
DOMICILIO	FRANKLIN D ROOSEVELT 5621 C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		30.081.845	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

AP - TRADICIONAL
PRODUCTO: PROTECCIÓN AMBITO LABORAL E IN ITINERE
Cantidad de cuotas: 12 cuotas mensuales
Forma de Pago: TELEMARKETING
ENTIDAD DE COBRANZA: VISA S.A.
TIPO DE CUENTA: TARJETA DE CREDITO Nro.DE CUENTA: 4050XXXXXX911839

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: MARTINEZ SABRINA GISELLE
Tipo y Nro.de Documento: DU 30.081.845 Fecha de Nacimiento: 14/06/1987

Actividad principal: Ingeniero con uso de sustancias químicas no riesgosas
¿Realiza tareas de altura?(más de 2,40 metros): No

Tiene otra ocupación aparte de la principal? No

Practica algún deporte? No

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS
HEREDEROS

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

5330160146501112 13

MARTINEZ SABRINA GISELLE
FRANKLIN D ROOSEVELT 5621
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601465-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MARTINEZ SABRINA GISELLE
DOMICILIO	FRANKLIN D ROOSEVELT 5621 C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		30.081.845	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: GASTOS DE ASIST. MEDICO-FARMACEUTICA P/ACC
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $500.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

Franquicia: 1,5% de la suma asegurada para esta cobertura con un mínimo de $100

DECLARACION DE SALUD
¿Padece Disminución Visual, Auditiva o Motora?: No
¿Sufre Usted alguna Incapacidad o Limitación de su Capacidad Laboral?: No
¿Concurre actualmente a sus Ocupaciones Habituales?: SI

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS
¿Tiene otro Seguro de Accidentes Personales, en esta u otra Compañía?: No

Gastos de Producción $297,89 Gastos de Explotación $3.020,56

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

Anexo I

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
Exclusiones - Riesgos no asegurados

Según lo establecido por el artículo 4: Exclusiones - Riesgos no Asegurados de las Condiciones Generales de Póliza, quedan excluidos de este seguro:

1)Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 38.

2)Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 38; insolación, quemaduras por rayos solares,enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 38 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3)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.

4)Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 38; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5)Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.

6)Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.

7)Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares.

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

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

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

11)Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la Fuerza Aérea o de la Aviación Militar o Naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.

12)Suicidio o su tentativa, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

Exclusiones Espec¡ficas- INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE EN AMBITO LABORAL E IN ITINERE

Esta p¢liza no cubre:
1)Mutilaci¢n voluntaria, a£n cuando se cometa en estado de enajenaci¢n mental.
2)Los tratamientos psiqui tricos y/o psicol¢gicos, trastornos de enajena-ci¢n mental, estados de depresi¢n ps¡quico nerviosa, neurosis o psic¢sis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones cl¡nicas.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

Exclusiones Espec¡ficas - GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE EN AMBITO LABORAL E IN ITINERE

El Asegurador no tomar a su cargo:
a) Gastos por viajes y traslados de cualquier ¡ndole.
b) Gastos por estad¡as en convalecencias post asistencia m¿dica y/o internaci¢n.
c) Los tratamientos termales y en balnearios.
d) Gastos por estad¡as y tratamientos proporcionados por hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, ¢ lugares usados para la internaci¢n o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcoh¢licos, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a-consecuencia de un accidente cubierto.
e) Gastos por lentes.
f) Gastos por compra ¢ alquiler aparatos ortop¿dicos,pr¢tesis, obturaciones dentales; sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire u otros equipos similares.
g) Medias y fajas de goma.
h) Gastos incurridos por la atenci¢n en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos m¿dicos cubiertos.
i) Tratamientos que sean considerados experimentales.
j) Gastos por asistencia m¿dico-farmac¿utica proporcionada al asegurado antes del inicio de vigencia de esta cobertura ¢ que sean consecuencia de un accidente no cubierto por la presente p¢liza.
k) Gastos por drogas y/o medicinas no prescriptas por un m¿dico, o para cuya obtenci¢n no se requiera de una receta o prescripci¢n de un m¿dico, o que no tengan relaci¢n alguna con el accidente cubierto.
l) Gastos por acompa¤antes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Anexo 1
SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Ley de las Partes Contratantes
Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17418 y a las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
En caso de discordancia entre los elementos, el orden de prelación será el siguiente:
1- Condiciones Particulares
2- Condiciones Generales Específicas
3- Condiciones Generales
Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2: Riesgo Cubierto
El Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de esta póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza definidos en las Condiciones Generales Específicas y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de los 180 días a contar de la fecha del mismo. Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes -en los términos y alcances establecidos en el punto 1 del Artículo 38- 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 se halle practicando los deportes especificados en las Condiciones Particulares, ya sea en calidad de Profesional o Aficionado. Se cubren también los accidentes que le ocurran al personal integrante de las Fuerzas Armadas mientras permanezca en servicio activo en tiempo de paz, con las exclusiones especificadas en el Artículo 4.

Artículo 3: Residencia
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: Exclusiones - Riesgos no Asegurados
Quedan excluidos de este Seguro:
1) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 38.
2) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de

cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 38; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 38 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
3) 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.
4) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 38; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
5) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
6) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
7) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares.
8) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
9) Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
10) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
11) Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la Fuerza Aérea o de la Aviación Militar o Naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.
12) Suicidio o su tentativa, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Artículo 5: Personas asegurables
1. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Asegurado Titular podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurador.
2. Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la de-

finición de Dependientes podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurador.
2.1. El cónyuge del Asegurado Titular.
2.2. Los hijos del matrimonio si el cónyuge del Asegurado Titular está también amparado. Los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha en que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta.
Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Dependientes del Asegurado que:
a- Contraigan matrimonio;
b- Cumplan 21 años de edad, ó 25 en el caso de que sean solteros y estudiantes;
c- Obtengan ingresos por trabajo personal;
d- Dejen de depender económicamente de él.

Artículo 6: Edades
Las edades mínimas y máximas de aceptación serán siempre las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales Específicas salvo indicación en contrario en los endosos respectivos. Las edades de los Asegurados asentadas en esta Póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes al Asegurador quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que el Asegurador efectúe el pago de cualquier beneficio. La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir el riesgo.
Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y la prima pagada. Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la diferencia y reajustará las primas futuras.

Artículo 7: Agravación por Concausas
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuese consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Artículo 8: 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, éstos 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. El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros. En caso de que cualquier miembro de la Familia Asegurada esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo, emitida por la Caja de Seguros de Vida S.A., se considerará asegurada a la

persona únicamente por la póliza que posea mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, se considerará que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

Artículo 9: Reticencia
Esta póliza ha sido extendida por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Asegurado o Tomador en su Solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
El Asegurador no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta de seguro y en la declaración personal para el presente seguro.
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 en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.
Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los peróodos 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.
Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado.

Artículo 10: Agravación o Modificación del Riesgo
El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.
Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.
Se considerarán 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
Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado la cobertura queda suspendida. El Asegurador en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir.
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.
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 4.
La rescisión del contrato por agravación de riesgo da derecho al Asegurador:
a- Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
b- Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período del seguro en curso no mayor de un año.

Artículo 11: Pago de la Prima
La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.
En el caso que la prima no se pague contra entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza de Premios" que forma parte integrante del presente contrato.
Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Tomador en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales, en los bancos habilitados o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por él o a través de cualquier herramienta de pago mediante débito automático.
El importe de las primas podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por el Asegurador o en cualquier momento, si las mismas no hubieran sufrido modificaciones durante los 12 meses anteriores.
El Asegurador comunicará al Tomador las nuevas primas con una anticipación no menor de 31 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.
Las primas podrán ser pagadas en efectivo por adelantado en anualidades o en cuotas con el recargo que fije el Asegurador.
Si las primas se pagaran fraccionadas en períodos menores de un año, el Asegurador deducirá de la suma asegurada las fracciones de prima que en el momento de liquidarse la póliza por fallecimiento del Asegurado faltasen para completar la prima del año de seguro en curso.
En los seguros polianuales el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

Artículo 12: Plazo de Gracia
El Asegurador concede un plazo de gracia de 30 días para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas, plazo durante el cual esta póliza continúa en vigor.
Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las 12 horas del día del vencimiento establecido en las Condiciones Particulares.
Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza.
Los derechos que esta póliza acuerda al Tomador y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.
Si durante el Plazo de Gracia se produjera el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma a abonarse la prima o fracción de prima impaga vencida.

Artículo 13: Falta de pago de las Primas
Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza

caducará automáticamente, pero se adeudará al Asegurador la prima correspondiente al plazo de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud, más los gastos administrativos que resultasen de ello.

Artículo 14: Facultades del Productor o Agente
El Productor o Agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:
a- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
b- Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;
c- Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Artículo 15: 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.
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, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines. La obstaculización por parte del Tomador o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleven a cabo estas indagaciones, liberará al Asegurador de cualquier obligación.
El Asegurador tendrá derecho, siempre que juzgue conveniente, y a su costa, de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para él una obligación.

Artículo 16: Comprobación del Fallecimiento
Corresponde a los beneficiarios o a sus representantes:
a. Presentar la documentación pertinente, todas las pruebas relacionadas con el fallecimiento del Asegurado y la comprobación del derecho de los reclamantes.
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 17: Comprobación de la Invalidez
Corresponde al Asegurado:
a. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste.
b. Enviar al Asegurador un certificado del médico que lo atiende expresan-

do 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.
c. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
d. Remitir al Asegurador cada quince (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.
e. En caso de invalidez permanente, presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acreditan el grado de invalidez definitivo.
f. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.
g. Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios.
Plazo de Prueba: El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias de la invalidez, contados desde la fecha que sea posterior, deber hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refieren los puntos anteriores no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de seis (6) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 18: Valuación de Peritos
Si no hubiera 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 fuese electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del 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 19: Residencia en el Extranjero
El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 20: Reducción de las consecuencias
El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 21: Designación de Beneficiario

La designación de beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.
Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiese otorgado testamento; si lo hubiese 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.
En caso de que uno de los Beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

Artículo 22: Cambio de Beneficiario
El Asegurado o Tomador podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o los beneficiarios designados. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea notificado por escrito. Cuando la designación sea a título oneroso y ello conste en la póliza no se admitirá el cambio sin la expresa conformidad del Beneficiario designado en la misma.
Si el cambio de beneficiario no hubiere podido registrarse en la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan, a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en la póliza y los designados con posterioridad a aquellos en cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación, dejando así librada a la resolución judicial la determinación de las personas beneficiarias.
El Asegurador queda liberado si actuando diligentemente hubiera pagado las indemnizaciones correspondientes a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 23: Cumplimiento de la Prestación del Asegurador
El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 15, 16 y 17 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.
Cuando el Asegurador hubiese reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. A más tardar dentro de los 18 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.
En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un peróodo no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiese sufrido daños resar-

cibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 24: 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 25: Rescisión Unilateral
Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, 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 días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.
Producida la rescisión, el Asegurador continuará cubriendo aquellos siniestros que hayan sido denunciados durante la vigencia de la póliza.
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 la 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 26: Domicilio para Denuncias y Declaraciones
El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado. Dichas denuncias y declaraciones se harán en forma expresa y fehaciente. A todos los efectos, el domicilio del Asegurador será el de su Casa Central.

Artículo 27: Cómputo de Plazos
Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Artículo 28: Prórroga de Jurisdicción
Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.
Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

Artículo 29: Terminación de la Cobertura
El riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza se cancelará en los siguientes casos:
a. Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima y una vez vencido el plazo de gracia.
b. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
c. Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
d. Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
e. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Generales Específicas de cada cobertura.

Artículo 30: Duplicado de Póliza y Copia
En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor.
Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.
El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

Artículo 31: Moneda del Contrato
Las obligaciones de las partes se cancelarán en moneda del contrato, la que se especifica en las Condiciones Particulares.
Todos los pagos a cargo del Asegurado deben ser efectuados en la moneda del contrato, quedando a criterio del Asegurador la aceptación de pagos en otras monedas, en la medida en que la legislación permita su libre convertibilidad a la moneda del contrato.
A su vez, es obligación del Asegurador atender al cumplimiento de sus compromisos en la moneda del contrato.
Si el contrato se hubiera pactado en moneda extranjera y, como consecuencia de cualquier disposición cambiaria emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible para las partes cumplir con sus obligaciones en la moneda pactada o existieran divergencias respecto del valor de la moneda extranjera utilizada, dichas obligaciones se convertirán de acuerdo con lo que oportunamente disponga la autoridad de control cambiario o de seguros.
En caso de que dichos organismos no se expidan, se aplicará la Cláusula de conversión en caso de que la misma forme parte de la presente póliza.

Artículo 32: Modificación del Contrato
Cualquier modificación al contrato deberá ser por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor.

Artículo 33: Cesión de Derechos
Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito al Asegurador, el que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso/anexo. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Asegurado con ter-

ceros, no tendrán ningún valor para el Asegurador y éste sólo reconocerá como propietaria de la póliza a la persona cuya vida se asegura.

Artículo 34: Impuestos, Tasas y Contribuciones
Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Asegurado, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 35: Renovación
Este seguro será renovado automáticamente por períodos de un año salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por rescindido, en el caso del Asegurador con un preaviso no menor de quince (15) días. El pago de la prima de un nuevo período acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales del Asegurador, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Artículo 36: Rehabilitación
No obstante lo dispuesto en el Artículo 12, el Tomador podrá dentro de los 30 días siguientes al último día del Plazo de Gracia señalado en el mencionado artículo, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su Pago Fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha de pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado Plazo de Gracia y la fecha en que surte efecto la rehabilitación.
Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Tomador solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, el Asegurador ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.
Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar el Asegurador para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.
El Asegurado podrá obtener su rehabilitación siempre que cumpla con las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía y abone las primas impagas vencidas hasta la fecha de la rehabilitación, con los intereses que fije el Asegurador y con los gastos administrativos que se originen.
Al producirse la rehabilitación el Asegurado renuncia a todo tipo de reclamo que pudiera corresponder por eventuales siniestros ocurridos desde la fecha de vencimiento del pago de la prima impaga y hasta las cero horas del día siguiente de efectuado el pago.

Artículo 37: Repatriación de restos
En caso de fallecimiento por accidente del Asegurado en el exterior, y de acuerdo con los Riesgos no Cubiertos, se cubren los gastos de repatriación del cuerpo al país de residencia permanente y habitual. Quedan excluidos los gastos de funerales e inhumación.

Artículo 38: Definiciones
Para todos los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contrato requiera un significado diferente:
1. Accidente: se entiende por tal 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 como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 4, inc. 2); el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, varices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.
2. Tomador: es la persona física o jurídica con la cual se celebra el Contrato de Seguro, por su cuenta o por cuenta de un tercero.
3. Familia Asegurable: es el Asegurado Titular y cada uno de sus Dependientes que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.
3.1. Asegurado Titular: es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.
3.2. Dependientes: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:
- Su cónyuge, si su edad es menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares;
- Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 21 años; y
- Sus hijos solteros mayores de 21 años pero menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.
- También se considerarán hijos los legalmente adoptados y los hijastros.
4. Asegurado: cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que a solicitud del Tomador ha quedado amparado bajo esta póliza.
5. Beneficiario: es la persona designada por cada uno de los Asegurados para recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del designante.
6. Médico: persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

(Anexo 19)

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL EN AMBITO LABORAL E IN-ITINERE

Artículo 1: Riesgo Cubierto

El Asegurador pagará la Suma Asegurada de esta cobertura especificada en las Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto ocurrido exclusivamente durante la Jornada Laboral o en el trayecto habitual entre el domicilio y el lugar de trabajo (itinere), dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo.

Artículo 2: Terminación de la Cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará cuando cumpla 70 años de edad.

Artículo 3: Deducción de otras indemnizaciones

Si a consecuencia del mismo Accidente cubierto que causó la muerte se hubiesen pagado indemnizaciones por concepto de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas o Invalidez correspondiente, éstas se deducirán de la indemnización que proceda por muerte.

(Anexo 20)

CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS
INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE EN AMBITO LABORAL E IN-ITINERE

Artículo 1: Riesgo Cubierto

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido exclusivamente durante la Jornada Laboral o en el trayecto habitual entre el domicilio y el lugar de trabajo (itinere) y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez permanente, con prescindencia de su actividad o profesión, el Asegurador pagará una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según lo indicado en la escala definida en el Artículo 2 de estas Condiciones.

Artículo 2: Escala de Beneficios

El Asegurador, comprobado el accidente, abonará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada que establece la escala siguiente:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alineación 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 medio	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

c) Miembros inferiores:

Pérdida total de una pierna	55%
Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
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%

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro 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.
De las indemnizaciones que correspondan por la pérdida de una mano o de un pie, se deducirán, las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.
Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.
En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, cuando esa suma sea de 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista, es decir 100% de la suma asegurada.
En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por las pérdidas de los miembros superiores.
La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la escala definida en esta cláusula, 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 pre-

vistos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

Artículo 3: Terminación de la cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará cuando cumpla 70 años de edad.

Artículo 4: Exclusiones Específicas

Esta póliza no cubre:
1. Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
2. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

Anexo 26

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE EN AMBITO LABORAL E IN ITINERE

Artículo 1º: Riesgo Cubierto
El Asegurador cubrirá hasta la suma prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, a consecuencia de todo accidente cubierto por la póliza ocurrido exclusivamente durante la jornada laboral o en el trayecto habitual entre el domicilio y el lugar de trabajo (itínere), en la medida en que aquellos estuvieran prescriptos por un médico y en el monto que exceda el valor efectivamente soportado por su Obra Social o Medicina Prepaga.

Artículo 2º: Gastos de Asistencia Médico-Farmacéutica
Los gastos de asistencia médico-farmacéutica que el Asegurador tomará a su cargo serán exclusivamente los siguientes:
a) honorarios médicos;
b) costos de internación;
c) productos farmacéuticos;
d) gastos ocasionados por curas de urgencia o de primeros auxilios;
e) exámenes de rayos X y de laboratorio, tomografías computadas u otras pruebas similares, oxígeno y su administración, anestesia y su administración.
f) visitas médicas efectuadas al asegurado mientras se encuentre internado en el establecimiento asistencial, por su médico de cabecera.
El Asegurado tiene la libre elección del médico y del establecimiento asistencial que habrá de asistirlo.
El Asegurador se hará cargo de los precitados gastos mientras dure el tratamiento médico hasta la suma especificada en la presente póliza, siendo cualquier excedente a cargo del Asegurado.

Artículo 3º: Beneficio
El Asegurador una vez confirmado el acontecimiento del accidente cubierto y el hecho invocado, abonará a la persona que acredite haber solventado los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, el reintegro de los mismos y hasta el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el art. 49º, 2º párrafo de la Ley de Seguros Nº 17.418. Ello sin perjuicio de las reducciones que pudieran corresponder por aplicación de los artículos 7º "Agravación por concausas" y 11º "Pago de la prima" de las Condiciones Generales.

Artículo 4º: Carácter del Beneficio y Límite Máximo de Cobertura
El beneficio previsto en esta cobertura es independiente de cualquier otro beneficio otorgado en virtud de la presente póliza.
La suma especificada como máxima para el reembolso de gastos cubiertos por la presente cobertura corresponde al tope máximo de suma asegurada que se cubrirá por el período de vigencia de la póliza.
Cuando el/los siniestro/s consuma/n la totalidad de la suma máxima prevista

para esta cobertura, el beneficio se considerará extinguido por pago total.

Artículo 5º: Exclusiones Específicas
El Asegurador no tomará a su cargo:
a) Gastos por viajes y traslados de cualquier índole.
b) Gastos por estadías en convalecencias post asistencia médica y/o internación.
c) Los tratamientos termales y en balnearios.
d) Gastos por estadías y tratamientos proporcionados por hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, o lugares usados para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia de un accidente cubierto.
e) Gastos por lentes.
f) Gastos por compra o alquiler aparatos ortopédicos, prótesis obturaciones dentales; sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire u otros equipos similares.
g) Medias y fajas de goma.
h) Gastos incurridos por la atención en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos.
i) Tratamientos que sean considerados experimentales.
j) Gastos por asistencia médico-farmacéutica proporcionada al asegurado antes del inicio de vigencia de esta cobertura o que sean consecuencia de un accidente no cubierto por la presente póliza.
k) Gastos por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.
l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Artículo 6º: Comprobación de los gastos de asistencia médico-farmacéutica
El Asegurador podrá controlar la asistencia y exigirá al Asegurado o los Beneficiarios la comprobación documental que acredite la índole diagnóstica y pronóstica del daño y su autenticidad.
Es indispensable para que al asegurado y/o beneficiarios les asista el derecho al reintegro que cumpla con los requisitos establecidos a continuación:
Corresponde al Asegurado o a quien lo represente ante el Asegurador y/o a los beneficiarios:
a) Denunciar el acaecimiento del siniestro en el plazo establecido en el art. 15 de las condiciones generales, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado.
b) Aportar testimonio o fotocopia autenticada de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del accidente originante del gasto de asistencia médico-farmacéutica.
c) Presentar las constancias médicas pertinentes y los certificados que acrediten la índole diagnóstica del daño sufrido.
d) Presentar los comprobantes emitidos conforme el régimen de emisión de comprobantes establecido por la AFIP- respaldatorios de los gastos incurridos.
e) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta 2 exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Plazo de prueba: el Asegurador dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o constancia del hecho invocado y los gastos incurridos, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al asegurado, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refieren los puntos anteriores, no resultaran concluyentes en cuanto a la relación de causalidad entre el accidente cubierto y el gasto reclamado, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por el término de 3 meses a fin de confirmar la misma.
El hecho de controlar la asistencia o exigir comprobantes no importa reconocimiento de la responsabilidad del Asegurador.
La no contestación, por parte del Asegurador, dentro del plazo establecido, significar automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 7º: Pluralidad de Seguros
Los asegurados que contrataran el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, deberán notificar sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
En caso de siniestro, el Asegurador contribuirá en forma proporcional al monto de la suma asegurada de esta cobertura, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los daños se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. Si la Caja abonara una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el Asegurado y contra los demás Aseguradores, para efectuar el correspondiente reajuste, de conformidad con lo dispuesto en el art. 67 de la Ley de Seguros 17.418.-
De acuerdo con lo dispuesto en el art. 68 de la Ley de Seguros, el asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebra el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención; sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el per¡odo durante el cual conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración.

Artículo 8º: Franquicia
Queda expresamente establecido que el Asegurador reconocerá únicamente e ventuales gastos de asistencia médico-farmacéutica:
a) cuando éstos superen el valor de la franquicia prevista para esta cobertura, especificada en las Condiciones Particulares y
b) en el monto que la excedan.

Artículo 9º: Interpretación de la cobertura
Esta cobertura queda sometida a las condiciones generales y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

Artículo 10º: Terminación de la cobertura
La cobertura del riesgo que estas condiciones generales específicas otorgan terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el artículo 29 de las Condiciones Generales o en la fecha en la cual se produzca alguno de los siguientes hechos:
a) El asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.
b) Se rescinda la cobertura a pedido del Tomador o por decisión de La Caja,

en los términos previstos en el art. 25 de las condiciones generales de póliza.
c) El asegurado haya recibido la totalidad del beneficio previsto por esta cobertura.
d) Caducidad por cualquier causa de la póliza a la cual esta cobertura se encuentra incorporada.

Definiciones:
Establecimiento asistencial: sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc. que se halle legalmente autorizado y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal.
Médico: Persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario.
Médico de cabecera: profesional médico que está a cargo de un número determinado de personas (población a cargo), en un determinado centro de salud y que orienta su actividad a 3 aspectos: 1. La promoción de estilos de vida saludables 2. La identificación oportuna de riesgos y daños a la salud 3. La resolución oportuna y adecuada de los problemas de salud más frecuentes de esas personas.

(Anexo 29)

CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1:

El/los premios/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las condiciones particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si elAsegurador lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en pesos, bonex o moneda extranjera establecidas en las condiciones particulares, en las que constarán asimismo el plazo de pago de las cuotas).
El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el art. 4 de la Resolución General N 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
El comienzo de la Vigencia de las pólizas o Contratos de seguros quedará condicionado al pago parcial o total de premio.
En el caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del art. 5 de la ley de Impuesto al Valor Agregado.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2:

Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.
Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquél en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.
Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de Póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.
La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.
No entrará en vigencia la cobertura de ningún período en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

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 períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5:

Cuando la prima quede sujeta a la 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 en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniese fehacientemente entre el mismo y el Asegurado.

Artículo 7:

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

(Anexo 30)

CLAUSULA DE INTERPRETACION

A los efectos de la presente póliza, déjanse convenidas las siguientes reglas de interpretación asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I - Artículo 1: Hechos de guerra internacional

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarada o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

Artículo 2: Hechos de Guerra Civil

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración y que tienda a derribar los poderes constituídos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

Artículo 3: Hechos de rebelión

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participa en o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituído, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas.
Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadran en los caracteres descritos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

Artículo 4: Hechos de sedición o motín

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituídas en el lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyan , los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión .
Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadran en los caracteres descritos, como ser: asonada, conjuración.

Artículo 5: Hechos de tumulto popular

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general, sin armas, pese a que algunos las empleasen .
Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, revuelta, conmoción.

Artículo 6: Hechos de vandalismo

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracionalmente y desordenadamente.

Artículo 7: Hechos de guerrilla

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad de fuerza pública o sectores de la población.
Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla, los hechos de subversión.

Artículo 8: Hechos de terrorismo

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización suquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituídas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

Artículo 9: Hechos de huelga

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Artículo 10: Hechos de lock-out

Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficial-

mente).
b) El despido simultáneo de una multitud de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock-out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

III - Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

ANEXO 84

CLAUSULA ESPECIFICA DE EXCLUSION DE COBERTURA PARA LOS RIESGOS DE TERRORISMO, GUERRA, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION O REVOLUCION, y CONMOCION CIVIL

Artículo 1. Riesgos Excluidos: Queda especialmente entendido y convenido que se halla excluido de la cobertura que otorga la presente póliza, todo reclamo por lesiones de cualquier índole o muerte, que sea consecuencia inmediata, mediata, casual o remota, o sea causado directa o indirectamente por, o que resulte o tenga conexión con:

1.1 Acto o hecho de guerra, guerra civil, guerrillas, rebelión, insurrección, revolución, y/o conmoción civil.
1.2 Acto o hecho de terrorismo.

Artículo 2. Alcance de las exclusiones previstas en la presente cláusula: Queda entendido y convenido que la exclusión de cobertura prevista en el Artículo 1 de esta cláusula alcanza y se extiende a todo reclamo por lesiones de cualquier tipo o muerte que sea consecuencia inmediata, mediata, casual o remota, o sea causado directa o indirectamente por, o resulte o tenga conexión con cualquier acción tomada para prevenir, evitar, controlar o eliminar los riesgos enumerados en 1.1 y 1.2, o disminuir sus consecuencias.

Artículo 3. Definiciones: A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en el Artículo 1 de esta Cláusula, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados en dicho artículo, en sus incisos 1.1 y 1.2 tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:

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

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

3.3. Guerrillas. Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto aunque lo sea en forma rudimentaria y que, i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso en que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

3.4. Rebelión, insurrección o revolución. Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país - sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él - contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

3.5. Conmoción civil. Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3.6. Terrorismo. Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero - aunque dichas fuerzas sean rudimentarias - o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y i) que tengan por objeto a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino.

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

Artículo 4.

La presente Cláusula, que forma parte integrante de la presente póliza, que instrumenta el contrato de seguro oportunamente celebrado por las partes, prevalece y tiene prioridad sobre las restantes Condiciones Generales, Particulares y Específicas de dicha póliza. La cobertura que otorga la póliza en cuestión y sus restantes términos, condiciones, límites y exclusiones, en la medida en que no hayan sido modificados por esta cláusula, permanecen en vigor y serán plena y totalmente aplicables a cualquier reclamo que se formule bajo la misma.

Anexo 26

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES
CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE EN AMBITO LABORAL E IN ITINERE

Artículo 1º: Riesgo Cubierto
El Asegurador cubrirá hasta la suma prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, a consecuencia de todo accidente cubierto por la póliza ocurrido exclusivamente durante la jornada laboral o en el trayecto habitual entre el domicilio y el lugar de trabajo (itínere), en la medida en que aquellos estuvieran prescriptos por un médico y en el monto que exceda el valor efectivamente soportado por su Obra Social o Medicina Prepaga.

Artículo 2º: Gastos de Asistencia Médico-Farmacéutica
Los gastos de asistencia médico-farmacéutica que el Asegurador tomará a su cargo serán exclusivamente los siguientes:
a) honorarios médicos;
b) costos de internación;
c) productos farmacéuticos;
d) gastos ocasionados por curas de urgencia o de primeros auxilios;
e) exámenes de rayos X y de laboratorio, tomografías computadas u otras pruebas similares, oxígeno y su administración, anestesia y su administración.
f) visitas médicas efectuadas al asegurado mientras se encuentre internado en el establecimiento asistencial, por su médico de cabecera.
El Asegurado tiene la libre elección del médico y del establecimiento asistencial que habrá de asistirlo.
El Asegurador se hará cargo de los precitados gastos mientras dure el tratamiento médico hasta la suma especificada en la presente póliza, siendo cualquier excedente a cargo del Asegurado.

Artículo 3º: Beneficio
El Asegurador una vez confirmado el acontecimiento del accidente cubierto y el hecho invocado, abonará a la persona que acredite haber solventado los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado, el reintegro de los mismos y hasta el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, dentro del plazo estipulado en el art. 49º, 2º párrafo de la Ley de Seguros Nº 17.418. Ello sin perjuicio de las reducciones que pudieran corresponder por aplicación de los artículos 7º "Agravación por concausas" y 11º "Pago de la prima" de las Condiciones Generales.

Artículo 4º: Carácter del Beneficio y Límite Máximo de Cobertura
El beneficio previsto en esta cobertura es independiente de cualquier otro beneficio otorgado en virtud de la presente póliza.
La suma especificada como máxima para el reembolso de gastos cubiertos por la presente cobertura corresponde al tope máximo de suma asegurada que se cubrirá por el período de vigencia de la póliza.
Cuando el/los siniestro/s consuma/n la totalidad de la suma máxima prevista

para esta cobertura, el beneficio se considerará extinguido por pago total.

Artículo 5º: Exclusiones Específicas
El Asegurador no tomará a su cargo:
a) Gastos por viajes y traslados de cualquier índole.
b) Gastos por estadías en convalecencias post asistencia médica y/o internación.
c) Los tratamientos termales y en balnearios.
d) Gastos por estadías y tratamientos proporcionados por hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, o lugares usados para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, aunque tales servicios fueran requeridos y necesitados a consecuencia de un accidente cubierto.
e) Gastos por lentes.
f) Gastos por compra o alquiler aparatos ortopédicos, prótesis obturaciones dentales; sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire u otros equipos similares.
g) Medias y fajas de goma.
h) Gastos incurridos por la atención en un establecimiento asistencial no habilitado para realizar los procedimientos médicos cubiertos.
i) Tratamientos que sean considerados experimentales.
j) Gastos por asistencia médico-farmacéutica proporcionada al asegurado antes del inicio de vigencia de esta cobertura o que sean consecuencia de un accidente no cubierto por la presente póliza.
k) Gastos por drogas y/o medicinas no prescriptas por un médico, o para cuya obtención no se requiera de una receta o prescripción de un médico, o que no tengan relación alguna con el accidente cubierto.
l) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

Artículo 6º: Comprobación de los gastos de asistencia médico-farmacéutica
El Asegurador podrá controlar la asistencia y exigirá al Asegurado o los Beneficiarios la comprobación documental que acredite la índole diagnóstica y pronóstica del daño y su autenticidad.
Es indispensable para que al asegurado y/o beneficiarios les asista el derecho al reintegro que cumpla con los requisitos establecidos a continuación:
Corresponde al Asegurado o a quien lo represente ante el Asegurador y/o a los beneficiarios:
a) Denunciar el acaecimiento del siniestro en el plazo establecido en el art. 15 de las condiciones generales, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado.
b) Aportar testimonio o fotocopia autenticada de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del accidente originante del gasto de asistencia médico-farmacéutica.
c) Presentar las constancias médicas pertinentes y los certificados que acrediten la índole diagnóstica del daño sufrido.
d) Presentar los comprobantes emitidos conforme el régimen de emisión de comprobantes establecido por la AFIP- respaldatorios de los gastos incurridos.
e) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta 2 exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

Plazo de prueba: el Asegurador dentro de los 15 días de recibida la denuncia y/o constancia del hecho invocado y los gastos incurridos, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al asegurado, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refieren los puntos anteriores, no resultaran concluyentes en cuanto a la relación de causalidad entre el accidente cubierto y el gasto reclamado, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por el término de 3 meses a fin de confirmar la misma.
El hecho de controlar la asistencia o exigir comprobantes no importa reconocimiento de la responsabilidad del Asegurador.
La no contestación, por parte del Asegurador, dentro del plazo establecido, significar automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 7º: Pluralidad de Seguros
Los asegurados que contrataran el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, deberán notificar sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y la suma asegurada, bajo pena de caducidad.
En caso de siniestro, el Asegurador contribuirá en forma proporcional al monto de la suma asegurada de esta cobertura, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los daños se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. Si la Caja abonara una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el Asegurado y contra los demás Aseguradores, para efectuar el correspondiente reajuste, de conformidad con lo dispuesto en el art. 67 de la Ley de Seguros 17.418.-
De acuerdo con lo dispuesto en el art. 68 de la Ley de Seguros, el asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebra el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, son nulos los contratos celebrados con esa intención; sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el per¡odo durante el cual conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración.

Artículo 8º: Franquicia
Queda expresamente establecido que el Asegurador reconocerá únicamente e ventuales gastos de asistencia médico-farmacéutica:
a) cuando éstos superen el valor de la franquicia prevista para esta cobertura, especificada en las Condiciones Particulares y
b) en el monto que la excedan.

Artículo 9º: Interpretación de la cobertura
Esta cobertura queda sometida a las condiciones generales y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean derogadas expresamente por las presentes condiciones.

Artículo 10º: Terminación de la cobertura
La cobertura del riesgo que estas condiciones generales específicas otorgan terminará en la fecha en que se verifique alguno de los eventos previstos en el artículo 29 de las Condiciones Generales o en la fecha en la cual se produzca alguno de los siguientes hechos:
a) El asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.
b) Se rescinda la cobertura a pedido del Tomador o por decisión de La Caja,

en los términos previstos en el art. 25 de las condiciones generales de póliza.
c) El asegurado haya recibido la totalidad del beneficio previsto por esta cobertura.
d) Caducidad por cualquier causa de la póliza a la cual esta cobertura se encuentra incorporada.

Definiciones:
Establecimiento asistencial: sanatorio, hospital, clínica, instituto policlínico, etc. que se halle legalmente autorizado y que opere bajo la supervisión permanente de un médico acreditado como tal.
Médico: Persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el Artículo 112 del Código Sanitario.
Médico de cabecera: profesional médico que está a cargo de un número determinado de personas (población a cargo), en un determinado centro de salud y que orienta su actividad a 3 aspectos: 1. La promoción de estilos de vida saludables 2. La identificación oportuna de riesgos y daños a la salud 3. La resolución oportuna y adecuada de los problemas de salud más frecuentes de esas personas.

ANEXO 1010
RESOLUCIÓN 202/2015 - UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA

1. De acuerdo a lo establecido en la ley 25.246 y en la Resolución 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), a continuación se hace saber al asegurado los requisitos de información que podrán ser requeridos al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiario y/o anulación.

2. Información a Requerir para la identificación de Clientes

A) Pago de siniestros y/o indemnizaciones:
Al momento de abonar la indemnización o suma asegurada relativa a un siniestro , cuando quien percibe el beneficio es una persona distinta del Asegurado o Tomador del Seguro, la Aseguradora requerirá:
- Nombre y Apellido o Razón Social.
- Fecha y lugar de nacimiento; nacionalidad, sexo (personas físicas)
- Fecha y número de inscripción registral, fecha del contrato o escritura de constitución (personas jurídicas)
- Número y tipo de documento de identidad que deberá exhibir en original. Se aceptan como documentos validos para acreditar la identidad, el Documento Nacional de Identidad, Libreta Civica, Libreta de Enrolamiento, Cédula de Identidad otorgada por autoridad competente de los respectivos países limítrofes o Pasaporte.
- CUIL (clave única de identificación laboral), C.U.I.T. (clave única de identificación tributaria) o CDI (clave de identificación).
-Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal, número de teléfono, y dirección de correo electrónico y actividad principal realizada. Datos identificatorios del Representante Legal, apoderado y/o autorizado con uso de firma ante la Aseguradora.
-Vinculo con el Asegurado o Tomador del seguro, si lo hubiere.
-Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
a) Titular del interés Asegurado.
b) Tercero damnificado.
c) Beneficiario designado o heredero legal.
d) Cesionario de los derechos de la póliza
e) Aquellas que se abonan en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria: nombre y apellido, número de expediente, juzgado en el que tramita, copia certificada de la sentencia y de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.
f) Otros conceptos que resulten de interés.

B) Cesión de derechos o cambio de beneficiarios designados:
En el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, la Aseguradora deberá requerir la siguiente información:
- Identificación del cesionario o beneficiario, en los términos previstos en los arts. 14 a 18 de la Res UIF 202/15, según corresponda.
- Causa que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
- Vinculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.

3. Procedimientos especiales de identificación:

En los casos que se enumeran a continuación, la Aseguradora requerirá además de los datos identificatorios indicados en el punto 2., documentación respaldatoria que permita definir el perfil del cliente.

a) Cuando se contraten pólizas cuya prima única, o primas anuales pactadas, excedan en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL ($140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL ($260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

b) Aportes extraordinarios: Cuando se efectúen aportes extraordinarios que excedan, en su conjunto la suma de PESOS CIENTO CUARENTA MIL ($140.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Físicas o la suma de PESOS DOSCIENTOS SESENTA MIL ($260.000) o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, para el caso de Personas Jurídicas.

c) Cuando la aseguradora deba abonar al tomador o asegurado, siniestros y/o indemnizaciones en forma extrajudicial, que en su conjunto en los últimos 12 meses sean igual o superior a PESOS CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL ($450.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Físicas, y cuando sea igual o superior a PESOS NOVECIENTOS MIL ($900.000), o su equivalente en moneda extranjera, para el caso de Personas Jurídicas.

d) Cuando, como consecuencia de solicitudes de anulación de pólizas que generen movimientos de fondos a favor del asegurado o tomador, la aseguradora deba restituir primas al cliente por un monto igual o superior a PESOS SETENTA MIL ($70.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de Personas Físicas o por un monto igual o superior a PESOS CIENTO TREINTA MIL ($130.000), o su equivalente en moneda extranjera, en los últimos 12 meses, en caso de ser Personas Jurídicas.

Para estos casos, se requerirá adicionalmente:

-Información y documentación relativa a la situación económica, patrimonial, financiera y tributaria (manifestación de bienes, certificación de ingresos, DDJJ de impuestos, estados contables, documentación bancaria, etc., según corresponda).
-DDJJ indicando estado civil y profesión, oficio, industria o actividad principal que realice.
-DDJJ indicando expresamente si reviste la calidad de Persona Expuesta Políticamente, de acuerdo a la Res. UIF 52/2012.

- En el caso de tratarse de personas jurídicas, además de los datos detallados anteriormente:
- Listado de los miembros que integran el órgano de Administración y de socios que ejercen el control de la sociedad.
- Copia del Acta de órgano decisorio designando autoridades,

representantes legales, apoderados y/o autorizados con uso de firma.
- Titularidad del capital social actualizado.
- Datos identificatorios de las autoridades, del representante legal, apoderados y/o autorizados con uso de firma.

- En ambos casos -personas físicas y personas jurídicas-, declaración jurada sobre licitud y origen de los fondos.

CLÁUSULA DE LIMITACIÓN Y EXCLUSIÓN POR SANCIONES

Ningún (re) asegurador o retrocesionario ofrecerá cobertura ni será responsable por el pago de reclamos o proporcionará beneficios que deriven del presente contrato si la provisión de dicha cobertura, pago de dicho reclamo o provisión de dicho beneficio expusiera al (re)asegurador o retrocesionario a cualquier sanción, prohibición o restricción de acuerdo con las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comercialeso económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América. La presente clausula no será de aplicación en los siguientes supuestos:

a) cuando la República Argentina haya rechazado expresamente la disposición en que se basa;

b) en los casos en que pueda afectar intereses privados de personas que carezcan de relación con las motivaciones de la sanción y cuando se funde exclusivamente en la nacionalidad del beneficiario;

c) cuando viole el ordenamiento jurídico vigente en la República Argentina."

Servicio Adicional de Asistencia Médica
Manual de Asistencia

El Servicio Adicional de Asistencia Médica conforma un beneficio excepcional, ofrecido al Asegurado de pólizas de Accidentes Personales con inicio de vigencia desde el 21/09/2004, al cual podrán acceder también los integrantes de su grupo familiar que más adelante se indican (en adelante en conjunto denominados "los beneficiarios").

La utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica es optativa para los beneficiarios y se prestará única y exclusivamente en las condiciones que se establecen en el documento de incorporación del grupo familiar (en adelante la solicitud de incorporación).

1.Coordinador y Prestadores del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El SAAM es coordinado y prestado por SIFEME S.A.

Prestación del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

Será prestado todos los días durante las 24 horas, exclusivamente dentro del territorio de la República Argentina, en la medida que no existan impedimentos geográficos y/o climáticos que lo imposibiliten.

Para tener derecho a la utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica, constituye condición previa que el Asegurado de la póliza de Accidentes Personales a la que se le adicione este beneficio, haya presentado previamente a Caja de Seguros S.A. la solicitud de incorporación.

Cumplida esa condición, para solicitar el servicio deberá llamar al teléfono:

0800-888-4000 (válido para todo el país)

En ocasión de solicitar este servicio deberá indicar alguno de los siguientes datos:
-Número de credencial.
-Apellido y nombres del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Tipo y número de documento del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Número de póliza de Accidentes Personales.

Ante cualquier duda, los beneficiarios cuentan con el Centro de Atención Telefónica con el cual podrán comunicarse de lunes a viernes de 8 a 20 hs. y los sábados,domingos y feriados de 10 a 18 hs.

2.Beneficiarios del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica sólo podrá ser válidamente requerido por el Asegurado titular (o en caso de imposibilidad de éste por sus representantes o cualquiera de los beneficiarios) de una póliza de Accidentes Personales con cobertura
vigente al momento en que lo peticione, que incluya este beneficio y que hubiera cumplido con la solicitud de incorporación.

Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará reconocimiento alguno por parte del Asegurador.

El Asegurado titular podrá solicitar el Servicio Adicional de Asistencia Médica para sí o para cualquiera de los miembros del grupo familiar identificado en la solicitud.

Podrán ser incorporados a la solicitud respectiva:
-Su cónyuge o integrante de unión convivencial;
-Sus hijos solteros menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.
Se consideran hijos también a los fines del Servicio Adicional de Asistencia Médica a los legalmente adoptados y a los hijos de progenitor afín.

Se entenderá por integrante de la unión convivenciala las personas que se encuentren comprendidas en las siguientes situaciones:

a)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal pero con hijos reconocidos por ambos.
b)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal en tanto y en cuanto el Asegurado hubiese denunciado a la obra social o prepaga, con anterioridad a la contratación del seguro, su situación de convivencia.
c)Persona cuya convivencia con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales conste en información sumaria expedida por la autoridad competente.
d)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales con vínculo matrimonial contraído en el extranjero y no reconocido por la legislación vigente en la República Argentina, con o sin hijos, que acredite el vínculo contraído con documentación fehaciente.

Los beneficiarios quedarán habilitados para el alta al momento de la contratación del seguro de Accidentes Personales y los que hubieran cumplido con la solicitud de incorporación.

Será responsabilidad exclusiva y excluyente del Asegurado del seguro de Accidentes Personales, mantener actualizada la información relacionada con la nómina de su grupo familiar beneficiario, informando oportunamente las altas (por nacimiento) y/o bajas (por superar la edad límite y/o cambio de estado civil y/o cambio de actividad y/o fallecimiento).

3.En qué consiste el Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se presta mediantela asistencia profesional de un médico y de una ambulancia si fuera necesario, en el lugar donde lo requiera el beneficiario, bajo las condiciones indicadas en el presente manual.

3.1.Tipos de prestaciones del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Emergencias Médicas: ante situaciones que ponen en riesgo la vida del beneficiario y requieren atención médica inmediata, se enviará una ambulancia UTIM (unidad de terapia intensiva móvil) con un médico.

Urgencias Médicas: en presencia de circunstancias que, sin poner en riesgo la vida del beneficiario en forma inmediata, requieren premura en la atención por su naturaleza y síntomas, se enviará una ambulancia con médico para su atención en esa contingencia.

Consultas Médicas: para el tratamiento de cuadros médicos menores, derivados de dolencias que no revisten complejidad ni requieren inmediata respuesta. Serán atendidas por un médico clínico o pediatra, según se trate de adultos o niños. Esta clase de consultas prevén el pago de un arancel a cargo del beneficiario/ asegurado titular de la póliza de accidentes personales con el beneficio.

3.2.Alcance del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se circunscribe en todos los casos a la evaluación del estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo y la orientación respecto de las conductas a seguir. En caso de ser necesario, el médico interviniente suministrará medicación de urgencia hasta la compensación del cuadro sintomatológico previa a su derivación hospitalaria o sanatorial.

Si de la evaluación médica del beneficiario resultare la necesidad de su internación, se lo derivará a la clínica o sanatorio más cercano que el beneficiario indique. En aquellos casos en los que el beneficiario careciere de una cobertura médica social, será derivado al hospital público más cercano.

3.3.Arancel a cargo del beneficiario/asegurado de la póliza de accidentes personales

Las consultas médicas para el tratamiento de cuadros menores están condicionadas al pago de un arancel a cargo del beneficiario, en un monto fijo y predeterminado de $200.- por atención. El mismo deberá ser abonado al médico concurrente, previo a iniciarse la prestación del servicio y como condición del mismo.

4.Exclusiones generales del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Quedan excluidos de este servicio adicional de asistencia los eventos, contingencias y daños que se detallan a continuación:

-Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del beneficiario, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por ingesta de drogas, narcóticos y/o bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.

-Enfermedades o lesiones derivadas de la participación del beneficiario como elemento activo en hechos de guerra, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lockout.

-Traslados sanitarios.
-Derivaciones para estudios complementarios.
-Accidentes de trabajo incluyendo in itinere.
-Enfermería.
-Atenciones en salud mental.
-Atenciones odontológicas.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica podrá ser modificado y/o dejado sin efecto en cualquier momento por Caja de Seguros S.A. sin necesidad de comunicación previa a los beneficiarios. Los servicios precedentemente consignados son los vigentes y acordados con los Prestadores al momento de la emisión.

Anexo Servicio de Telemedicina

Definición del Servicio: El servicio de Telemedicina consiste en consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas.

Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatolo-gía, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Neuropsicolo-gía, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonolo-gía.

Beneficiarios del Servicio: Podrán hacer uso del servicio de Telemedicina, el asegurado de la póliza y los integrantes de su grupo familiar. Se entiende por integrantes del grupo familiar al cónyuge o conviviente e hijos menores de 25 años.

Ámbito de la Cobertura: Se podrá acceder al servicio de Telemedicina las 24 horas, los 365 días del año y desde cualquier lugar del mundo, en la medida que no existan impedimentos de conexión a internet.

Costo del Servicio: El asegurado y los integrantes del grupo familiar cuentan con este servicio en forma totalmente gratuita, en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas.

Forma de Acceso: Para acceder al servicio ingresá a alguna de las siguientes opciones:

. www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina", ó

. www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora".

Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

Finalización del Servicio: El asegurado y su grupo familiar tendrán acceso al servicio en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas. Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará el reconocimiento alguno por parte del Asegurador de cober-tura vigente y/ó existencia de seguro. La Caja asimismo se reserva el derecho de dejar sin efecto este servicio en cualquier momento, sin necesidad de notificación previa al asegurado.

INEBA S.A. y el Asegurador quedarán exentos de responsabilidad por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las obligaciones cuando dicho

incumplimiento o defectuoso cumplimiento obedeciera a hechos de caso fortuito o de fuerza mayor.

El servicio es prestado por INEBA S.A., CUIT 30-70734357-1, domiciliada en Guardia Vieja 4435, C.A.B.A.

Este servicio es el vigente y acordado con el prestador al momento de la emisión de esta póliza y podrá ser modificado por La Caja sin previo aviso, según los términos pactados con el prestador vigentes al momento de la prestación del servicio. El prestador, al recibir la solicitud de un servicio, informará al asegurado los alcances y condiciones del mismo.

Para más información consultá en www.lacaja.com.ar.

Los seguros son emitidos por Caja de Seguros S.A. y se rigen por los términos y condiciones de la póliza contratada. Fitz Roy 957 (C1414CHI) C.A.B.A., Argentina, CUIT 30-66320562-1. N° de Inscripción en SSN: 501. Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 ó 0-800-666-8400. www.ssn.gov.ar

533016014660111213

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

AP - TRADICIONAL
PRODUCTO: PROTECCIÓN AMBITO LABORAL E IN ITINERE
Cantidad de cuotas: 12 cuotas mensuales
Forma de Pago: TELEMARKETING
ENTIDAD DE COBRANZA: VISA S.A.
TIPO DE CUENTA: TARJETA DE CREDITO Nro.DE CUENTA: 4050XXXXXX911839

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: MENENDEZ MARIANELA
Tipo y Nro.de Documento: DU 27.577.071 Fecha de Nacimiento: 06/06/1979

Actividad principal: Ingeniero con uso de sustancias químicas no riesgosas
¿Realiza tareas de altura?(más de 2,40 metros): No

Tiene otra ocupación aparte de la principal? No

Practica algún deporte? No

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS
HEREDEROS

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

5330160146601112 13

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: GASTOS DE ASIST. MEDICO-FARMACEUTICA P/ACC
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $500.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

Franquicia: 1,5% de la suma asegurada para esta cobertura con un mínimo de $100

DECLARACION DE SALUD
¿Padece Disminución Visual, Auditiva o Motora?: No
¿Sufre Usted alguna Incapacidad o Limitación de su Capacidad Laboral?: No
¿Concurre actualmente a sus Ocupaciones Habituales?: SI

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS
¿Tiene otro Seguro de Accidentes Personales, en esta u otra Compañía?: No

Gastos de Producción $297,89 Gastos de Explotación $3.020,56

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

Servicio Adicional de Asistencia Médica
Manual de Asistencia

El Servicio Adicional de Asistencia Médica conforma un beneficio excepcional, ofrecido al Asegurado de pólizas de Accidentes Personales con inicio de vigencia desde el 21/09/2004, al cual podrán acceder también los integrantes de su grupo familiar que más adelante se indican (en adelante en conjunto denominados "los beneficiarios").

La utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica es optativa para los beneficiarios y se prestará única y exclusivamente en las condiciones que se establecen en el documento de incorporación del grupo familiar (en adelante la solicitud de incorporación).

1.Coordinador y Prestadores del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El SAAM es coordinado y prestado por SIFEME S.A.

Prestación del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

Será prestado todos los días durante las 24 horas, exclusivamente dentro del territorio de la República Argentina, en la medida que no existan impedimentos geográficos y/o climáticos que lo imposibiliten.

Para tener derecho a la utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica, constituye condición previa que el Asegurado de la póliza de Accidentes Personales a la que se le adicione este beneficio, haya presentado previamente a Caja de Seguros S.A. la solicitud de incorporación.

Cumplida esa condición, para solicitar el servicio deberá llamar al teléfono:

0800-888-4000 (válido para todo el país)

En ocasión de solicitar este servicio deberá indicar alguno de los siguientes datos:
-Número de credencial.
-Apellido y nombres del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Tipo y número de documento del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Número de póliza de Accidentes Personales.

Ante cualquier duda, los beneficiarios cuentan con el Centro de Atención Telefónica con el cual podrán comunicarse de lunes a viernes de 8 a 20 hs. y los sábados,domingos y feriados de 10 a 18 hs.

2.Beneficiarios del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica sólo podrá ser válidamente requerido por el Asegurado titular (o en caso de imposibilidad de éste por sus representantes o cualquiera de los beneficiarios) de una póliza de Accidentes Personales con cobertura
vigente al momento en que lo peticione, que incluya este beneficio y que hubiera cumplido con la solicitud de incorporación.

Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará reconocimiento alguno por parte del Asegurador.

El Asegurado titular podrá solicitar el Servicio Adicional de Asistencia Médica para sí o para cualquiera de los miembros del grupo familiar identificado en la solicitud.

Podrán ser incorporados a la solicitud respectiva:
-Su cónyuge o integrante de unión convivencial;
-Sus hijos solteros menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.
Se consideran hijos también a los fines del Servicio Adicional de Asistencia Médica a los legalmente adoptados y a los hijos de progenitor afín.

Se entenderá por integrante de la unión convivenciala las personas que se encuentren comprendidas en las siguientes situaciones:

a)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal pero con hijos reconocidos por ambos.
b)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal en tanto y en cuanto el Asegurado hubiese denunciado a la obra social o prepaga, con anterioridad a la contratación del seguro, su situación de convivencia.
c)Persona cuya convivencia con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales conste en información sumaria expedida por la autoridad competente.
d)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales con vínculo matrimonial contraído en el extranjero y no reconocido por la legislación vigente en la República Argentina, con o sin hijos, que acredite el vínculo contraído con documentación fehaciente.

Los beneficiarios quedarán habilitados para el alta al momento de la contratación del seguro de Accidentes Personales y los que hubieran cumplido con la solicitud de incorporación.

Será responsabilidad exclusiva y excluyente del Asegurado del seguro de Accidentes Personales, mantener actualizada la información relacionada con la nómina de su grupo familiar beneficiario, informando oportunamente las altas (por nacimiento) y/o bajas (por superar la edad límite y/o cambio de estado civil y/o cambio de actividad y/o fallecimiento).

3.En qué consiste el Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se presta mediantela asistencia profesional de un médico y de una ambulancia si fuera necesario, en el lugar donde lo requiera el beneficiario, bajo las condiciones indicadas en el presente manual.

3.1.Tipos de prestaciones del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Emergencias Médicas: ante situaciones que ponen en riesgo la vida del beneficiario y requieren atención médica inmediata, se enviará una ambulancia UTIM (unidad de terapia intensiva móvil) con un médico.

Urgencias Médicas: en presencia de circunstancias que, sin poner en riesgo la vida del beneficiario en forma inmediata, requieren premura en la atención por su naturaleza y síntomas, se enviará una ambulancia con médico para su atención en esa contingencia.

Consultas Médicas: para el tratamiento de cuadros médicos menores, derivados de dolencias que no revisten complejidad ni requieren inmediata respuesta. Serán atendidas por un médico clínico o pediatra, según se trate de adultos o niños. Esta clase de consultas prevén el pago de un arancel a cargo del beneficiario/ asegurado titular de la póliza de accidentes personales con el beneficio.

3.2.Alcance del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se circunscribe en todos los casos a la evaluación del estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo y la orientación respecto de las conductas a seguir. En caso de ser necesario, el médico interviniente suministrará medicación de urgencia hasta la compensación del cuadro sintomatológico previa a su derivación hospitalaria o sanatorial.

Si de la evaluación médica del beneficiario resultare la necesidad de su internación, se lo derivará a la clínica o sanatorio más cercano que el beneficiario indique. En aquellos casos en los que el beneficiario careciere de una cobertura médica social, será derivado al hospital público más cercano.

3.3.Arancel a cargo del beneficiario/asegurado de la póliza de accidentes personales

Las consultas médicas para el tratamiento de cuadros menores están condicionadas al pago de un arancel a cargo del beneficiario, en un monto fijo y predeterminado de $200.- por atención. El mismo deberá ser abonado al médico concurrente, previo a iniciarse la prestación del servicio y como condición del mismo.

4.Exclusiones generales del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Quedan excluidos de este servicio adicional de asistencia los eventos, contingencias y daños que se detallan a continuación:

-Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del beneficiario, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por ingesta de drogas, narcóticos y/o bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.

-Enfermedades o lesiones derivadas de la participación del beneficiario como elemento activo en hechos de guerra, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lockout.

-Traslados sanitarios.
-Derivaciones para estudios complementarios.
-Accidentes de trabajo incluyendo in itinere.
-Enfermería.
-Atenciones en salud mental.
-Atenciones odontológicas.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica podrá ser modificado y/o dejado sin efecto en cualquier momento por Caja de Seguros S.A. sin necesidad de comunicación previa a los beneficiarios. Los servicios precedentemente consignados son los vigentes y acordados con los Prestadores al momento de la emisión.

Anexo Servicio de Telemedicina

Definición del Servicio: El servicio de Telemedicina consiste en consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas.

Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatolo-gía, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Neuropsicolo-gía, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonolo-gía.

Beneficiarios del Servicio: Podrán hacer uso del servicio de Telemedicina, el asegurado de la póliza y los integrantes de su grupo familiar. Se entiende por integrantes del grupo familiar al cónyuge o conviviente e hijos menores de 25 años.

Ámbito de la Cobertura: Se podrá acceder al servicio de Telemedicina las 24 horas, los 365 días del año y desde cualquier lugar del mundo, en la medida que no existan impedimentos de conexión a internet.

Costo del Servicio: El asegurado y los integrantes del grupo familiar cuentan con este servicio en forma totalmente gratuita, en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas.

Forma de Acceso: Para acceder al servicio ingresá a alguna de las siguientes opciones:

. www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina", ó

. www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora".

Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

Finalización del Servicio: El asegurado y su grupo familiar tendrán acceso al servicio en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas. Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará el reconocimiento alguno por parte del Asegurador de cober-tura vigente y/ó existencia de seguro. La Caja asimismo se reserva el derecho de dejar sin efecto este servicio en cualquier momento, sin necesidad de notificación previa al asegurado.

INEBA S.A. y el Asegurador quedarán exentos de responsabilidad por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las obligaciones cuando dicho

incumplimiento o defectuoso cumplimiento obedeciera a hechos de caso fortuito o de fuerza mayor.

El servicio es prestado por INEBA S.A., CUIT 30-70734357-1, domiciliada en Guardia Vieja 4435, C.A.B.A.

Este servicio es el vigente y acordado con el prestador al momento de la emisión de esta póliza y podrá ser modificado por La Caja sin previo aviso, según los términos pactados con el prestador vigentes al momento de la prestación del servicio. El prestador, al recibir la solicitud de un servicio, informará al asegurado los alcances y condiciones del mismo.

Para más información consultá en www.lacaja.com.ar.

Los seguros son emitidos por Caja de Seguros S.A. y se rigen por los términos y condiciones de la póliza contratada. Fitz Roy 957 (C1414CHI) C.A.B.A., Argentina, CUIT 30-66320562-1. N° de Inscripción en SSN: 501. Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 ó 0-800-666-8400. www.ssn.gov.ar

07 de febrero de 2023

Señores: AKAPOL S.A. CUIT: 30-50406520-7

Asegurado: Marianela Menendez **DNI:** 27.577.071

Referencia: Póliza Accidentes Personales N° 5330160146601

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. en respuesta a su consulta relativa al alcance de la póliza de referencia, con el objeto de hacerle saber que esta aseguradora conoce que, de acuerdo con lo expresado en el artículo 80 de la Ley 17.418, no puede valerse de la subrogación prevista en el mismo, debido a que ese instituto jurídico no resulta aplicable a los Seguros de Personas.

La compañía CAJA DE SEGUROS S.A. ***renuncia*** en forma expresa a realizar cualquier acción de repetición y/o subrogación contra AKAPOL S.A. CUIT: 30-50406520-7

Sin otro particular, saludamos a Ud. atentamente.

Jorgelina Maroño
Jefe de Atención al Cliente

07 de febrero de 2023

Señores: AKAPOL S.A. CUIT: 30-50406520-7

Asegurado: Marianela Menendez **DNI:** 27.577.071

Referencia: Póliza Accidentes Personales N° 5330160146601

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. en respuesta a su consulta relativa al alcance de la póliza de referencia, con el objeto de hacerle saber que esta aseguradora conoce que, de acuerdo con lo expresado en el artículo 80 de la Ley 17.418, no puede valerse de la subrogación prevista en el mismo, debido a que ese instituto jurídico no resulta aplicable a los Seguros de Personas.

La compañía CAJA DE SEGUROS S.A. ***renuncia*** en forma expresa a realizar cualquier acción de repetición y/o subrogación contra AKAPOL S.A. CUIT: 30-50406520-7

Sin otro particular, saludamos a Ud. atentamente.

Jorgelina Maroño
Jefe de Atención al Cliente