Santander

Comprobante de pago

HOLANDO SEGUROS

$ 5.295,00

Empresa	**HOLANDO SEGUROS**
Fecha de vencimiento	**19/02/2024**
Codigo de asegurado	**4352516**
Factura	**232100022184 04**
Medio de pago	**185-022460/2** Cuenta corriente
Fecha y hora de pago	**01/02/2024 - 20:54 hs**
Número de control	**7574**
Comprobante	**00037511**

Santander

PagoMisCuentas

HOLANDO
SEGUROS

Bienvenidos a los próximos 100 años.

Somos una empresa nacional con respaldo internacional y base en el mercado asegurador desde hace ya 100 años. Desde entonces, trabajamos en equipo escuchando y atendiendo tus necesidades.
Hoy seguimos junto a vos brindando protección a tu medida y con las mejores soluciones. Porque la previsibilidad, solvencia, trayectoria y conocimiento técnico son nuestros mayores capitales.

Con los mismos valores que construimos hasta ahora, renovamos el compromiso de seguir dándote el mejor servicio.
¿Sabías que desde nuestra App de asegurados podés agilizar todas tus gestiones? Descargar tu póliza, realizar un aviso de siniestro, solicitar asistencia por una emergencia, y mucho más!

¡Te invitamos a formar parte de nuestra comunidad móvil!

Accedé desde el código QR, según tu dispositivo

Android

IOS

Conocé más sobre nosotros en **www.laholando.com**

HOLANDO
SEGUROS

CUMPLIMOS
100 años
CUMPLIENDO

HOLANDO
— SEGUROS —

¿Cómo puedo abonar mi póliza?

Medios de pago electrónicos: - Tarjeta de crédito - CBU

Pago con cuponera

1) A través de las siguientes entidades:

- Mercado Pago
- Visa Home
- Pago Mis Cuentas
- Red Link (Home Banking)
- BtoB Interbanking (Empresas)
- Banco Francés
- Banco Macro
- Banco Supervielle

2) A través de los siguientes Entes Recaudadores:

- Pago Fácil
- Cobro Express
- Bapro
- Rapi Pago
- Ripsa

HOLANDO
SEGUROS

ENTRE **LA HOLANDO SUDAMERICANA S.A.** (EN ADELANTE EL "ASEGURADOR"), POR UNA PARTE Y EL ASEGURADO CUYO NOMBRE SE INDICA MAS ABAJO (EN ADELANTE EL "ASEGURADO"), SE CONVIENE EN CELEBRAR EL/LA **POLIZA DE SEGURO SUJETO/A A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE ANEXAN E INTEGRAN LA POLIZA, LAS QUE HAN SIDO CONVENIDAS PARA SER EJECUTADAS DE BUENA FE.**

Asegurado	DNI/CUIT/CUIL
LOPEZ LUIS RUBEN	**20231434217**

Domicilio
CUBA N° 360

Localidad	Despacho
CP 3200 - CONCORDIA	**0620/0070106 - PACOR WALTER LEONARDO**

Sección	Póliza	Endoso	Fecha de emisión	Suma asegurada
Acc. Pers. PLENUS	**113060.5**	**0**	**03/11/2023**	**$ 8,000,000.00**

Vigencia		Ajuste automático de la suma asegurada	Valor de Referencia
Desde las 00:00 Hs. **04/11/2023**	Hasta las 00:00 Hs. **04/11/2024**	Límite de ajuste **- - - - - - - - - -**	**- - - -**

Prima	Cargo Financiero	TEA%	Gravamenes	Premio
46,099.10	**0.00**	**----**	**12,147.57**	**$ 58,246.67**

Los valores indicados se expresan en
Pesos

Interes asegurado: El asegurado toma este seguro en calidad de: **Tomador**

Condiciones particulares
SEGUN DETALLE ADJUNTO

Forman parte del presente contrato las clausulas anexas Nº
AF - CA CC 1.1 - 21001 - 21006 - 105 - 21002 - 21003 - 21004 - 21005 - 21011 - T

Nº Matricula	Nombre Productor Asesor	Cód. de Seguimiento S.S.N.	Cuadernillo
54360	**PACOR WALTER LEONARDO**		

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 4321-7600. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página Web www.laholando.com
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar

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

ADVERTENCIA:
SI EL TEXTO DE ESTA POLIZA DIFIRIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA LA DIFERENCIA SE CONSIDERARA APROBADA POR EL, ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE RECIBIDA LA POLIZA (ART. 12 DE LA LEY DE SEGUROS). LOS VOCABLOS "ASEGURADO" Y "TOMADOR" O "CONTRATANTE" SE USAN INDISTINTAMENTE EN ESTA POLIZA, POR LO QUE DEBE DARSELE EL SIGNIFICADO QUE CORRESPONDA SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO.

IMPORTANTE: ver cláusula de cobranza del premio en las condiciones generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.
ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

Ernesto Alberto Levi
PRESIDENTE
p.p LA HOLANDO SUDAMERICANA
La Holando Sudamericana Compañia De Seguros Sociedad Anónima

Las Condiciones y Cláusulas que integran la presente póliza han sido aprobadas por el Proveído o Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación que se indica al pie de cada una de ellas

LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA
C.U.I.T. 33-50003806-9
Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado		Fecha de emisión
LOPEZ LUIS RUBEN		**03/11/2023**
Sección	Póliza	Endoso
Acc. Pers. PLENUS	**113060.5**	

Nro. Riesgo: 1 **Identificación del Riesgo: Lopez Luis Ruben**
Tipo de Riesgo: CATEGORIA CUATRO

Apellido y Nombre : LOPEZ LUIS RUBEN **CUIL :** 20- 23143421- 7 **Documento :** DNI 23143421

Domicilio : CUBA 360 CONCORDIA
TODO EL PAIS

Actividad: CHOFERES - CAMIONES (NO SUSTANCIAS PELIGROSAS) HASTA 8 METROS.

Fec. Nacim.: 23/12/1972

Beneficiario: El Contratante

Cobertura: MUERTE X ACCID.

Suma Asegurada: $ 8,000,000.00

Cobertura: INVALIDEZ TOT./PARCIAL PERMAN. X ACCID.

Suma Asegurada: $ 8,000,000.00

Cobertura: ASISTENCIA MEDICO FARMACÉUTICA X ACCID.

Suma Asegurada: $ 4,000,000.00

Cobertura: SEPELIO X ACCID.

Suma Asegurada: $ 382,250.00

CONDICIONES PARTICULARES

UBICACIÓN DEL RIESGO: En todo el territorio de la República Argentina.
Queda nula y sin valor alguno la Cláusula 4 de las Condiciones Generales de póliza.

OBJETO DE LA COBERTURA: Seguro de Accidentes Personales exclusivamente para la persona física detallada en estas Condiciones Particulares de póliza y que se encuentre desempeñando la actividad declarada al subscribir el presente seguro.

RIESGOS CUBIERTOS: Los que se indican a continuación mientras se encuentre realizando la actividad declarada al suscribir el seguro y según lo detallado en -AMBITO DE LA COBERTURA-, y cuyas lesiones sean a consecuencia de accidentes. A tal efecto, con los alcances, exclusiones y limitaciones indicadas e insertas en las Condiciones Generales de la presente póliza, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

1. MUERTE POR ACCIDENTE o INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, cuya suma asegurada se encuentra indicada en estas Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento o la invalidez total y permanente sean a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, en ejercicio de su actividad declarada y ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
No podrá reclamarse en concepto de indemnización por muerte o por invalidez total y permanente una suma superior a la contratada en el presente seguro.
En un todo de acuerdo con el artículo 1 de RIESGOS CUBIERTOS de CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE (anexo 661) se entiende que existe situación de Invalidez Permanente cuando el daño sufrido por el Asegurado le ocasione una disminución permanente de su capacidad laboral. Se excluyen expresamente de la cobertura de invalidez permanente los casos que afecten al Asegurado en forma temporaria.

2. INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE (anexo 661), surgirá de aplicar sobre la suma asegurada del riesgo de invalidez total y permanente por accidente, de cada Asegurado, el porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según lo estipulado en la Tabla de evaluación de incapacidades establecidas por Decreto 659/96 Anexo I.
En ningún caso la suma resultante podrá exceder la suma total asegurada individual del riesgo de invalidez total y permanente por

accidente indicada en la presente póliza. A tal efecto, se deja expresa constancia que la Compañía no pagara indemnización alguna bajo otros baremos o tabla de porcentajes que no sea la indicada precedentemente. Cualquier diferencia, deberá ser interpuesta al Tomador del seguro.

EVALUACIÓN DE INVALIDEZ (Cláusula Adicional de Invalidez Permanente): Tabla de evaluación de incapacidades establecida por Decreto 659/96 Anexo I.

En un todo de acuerdo con el artículo 1 de RIESGOS CUBIERTOS de CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE (anexo 661) se entiende que existe situación de Invalidez Permanente cuando el daño sufrido por el Asegurado le ocasione una disminución permanente de su capacidad laboral. Se excluyen expresamente de la cobertura de invalidez permanente los casos que afecten al Asegurado en forma temporaria.

3. ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE (anexo 662) cuya suma asegurada se encuentra estipulada en las presentes Condiciones Particulares. Se aplica Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas.
Una vez agotada la suma asegurada contratada bajo esta cláusula cesará automáticamente la prestación médica de este seguro.

4. Complementariamente a lo establecido en la CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA, queda establecido que cuando la atención del Asegurado requiera su internación en alguno de los establecimientos asistenciales que formen parte de su Red de Prestadores con motivo de la ocurrencia de un accidente cubierto por dicha Cláusula, el Asegurador le pagará un importe diario de $ 1.500 en concepto de ayuda de gastos:

a) Por internación, y
b) Por convalecencia.

a) Ayuda de Gastos de Internación: El beneficio establecido en el punto A. se reconocerá bajo siguientes condiciones:

a.1) Sólo corresponderá el pago al Asegurado de la mencionada ayuda de gastos de internación cuando dicha prestación hubiera sido previamente autorizada por parte del Asegurador. El Asegurador no pagará importe alguno bajo este concepto cuando no haya autorizado la internación, ni cuando la misma se produzca en un Establecimiento Asistencial que no forme parte de su Red de Prestadores.

a.2) Una vez obtenida la autorización mencionada en el punto anterior, el Asegurador pagará al Asegurado una ayuda de gastos de $ 1.500 diarios por el plazo que dure la internación, con un período deducible de 3 días a contar del primer día de internación motivado por el accidente. En consecuencia, producida la internación del Asegurado en un Establecimiento Asistencial, el Asegurador pagará la ayuda de gastos de internación a partir del primer día subsiguiente al del citado período deducible, y hasta un máximo de 30 días.

a.3) Cuando el Asegurado necesitara de internaciones sucesivas como consecuencia de uno o más accidentes durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubierto por la misma, se aplicará un período deducible por cada internación.

a.4) El Asegurador no abonará importe alguno cuando la internación se produzca por un período menor a 4 días. Asimismo, se establece que el presente beneficio cesará cuando el Asegurador haya reconocido pagos diarios por un plazo de 30 días.

b) Ayuda de Gastos por Convalecencia: El beneficio establecido en el punto b) se reconocerá bajo las siguientes condiciones:

b.1) El Asegurador abonará el equivalente a $ 1.500 por cada día que haya pagado en concepto de Ayuda de Gastos de Internación.

b.2) El beneficio establecido se reconocerá a partir del primer día subsiguiente al otorgamiento de la alta médica de internación.

Pago de las prestaciones: Una vez obtenida el alta de la internación, el Asegurado podrá reclamar al Asegurador el pago de los beneficios descriptos en los puntos a) y b).

El Asegurador, previa verificación del reclamo, abonará las prestaciones antes mencionadas dentro de los 15 días corridos de efectuado el reclamo.

Límites Indemnizatorios: Con respecto al artículo 2 LIMITES INDEMNIZATORIOS de la CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA (anexo 662), queda establecido que los importes que el Asegurador abone en concepto de los beneficios descriptos precedentemente en los puntos a) y b) se agregarán a la suma total de gastos en que se incurra con motivo de las prestaciones brindadas bajo esta Cláusula Adicional. En consecuencia, se deja constancia que una vez que se hayan brindado prestaciones médico-farmacéuticas por un valor equivalente al límite indemnizatorio previsto en las Condiciones Particulares de esta póliza, incluyendo los pagos realizados por ambos conceptos, Ayuda de Gastos de Internación y por Convalecencia, en ningún caso podrá restablecerse esta cobertura para el mismo siniestro.

5. Sepelio (anexo 663): cuya suma asegurada se encuentra indicada en estas Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, en ejercicio de su actividad declarada y ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
Los gastos en que se incurra por la prestación de sepelio brindada bajo esta cláusula adicional, en ningún caso podrán superar el monto individual estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza en dicho concepto.

AMBITO DE LA COBERTURA (Cláusula 3 de las Condiciones Generales): Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, -en los términos y alcances establecidos en la Condiciones Generales y Clausulas Anexas- la cobertura del seguro cubre los accidentes que puedan ocurrir al Asegurado:

1. Mientras se encuentre realizando tareas a la orden del Tomador del seguro e inherentes a la actividad declarada al suscribir el presente contrato, y dentro del ámbito en el que ejerce esa profesión, también declarado.
2. En el trayecto habitual y directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa.
Este seguro no cubre en ningún caso la Responsabilidad Civil.

AMPLIACION DE COBERTURA: Contrariamente a lo indicado en la cláusula 5 inc. g) de las Condiciones Generales, estarán cubiertos los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares, únicamente en el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa, si el Asegurado sufre lesiones indemnizables por este seguro a consecuencia de un accidente cubierto como conductor de estos vehículos, y siempre que:
a) Esté habilitado para conducir el tipo de vehículo utilizado para la categoría correspondiente y posea la licencia vigente correspondiente. Conducir con registro vencido será causal de rechazo del reclamo;
b) Porte la cédula de identificación del vehículo y el comprobante del seguro en vigencia;
c) Hago uso del casco protector homologado, y si el vehículo no cuenta con parabrisas, use anteojos antivientos adecuado.
d) Circule en la vía pública respetando las señales de tránsito y cumpla con las normas legales vigentes en la materia (Ley de Tránsito N° 24.449).
A los fines de esta póliza se entiende por vehículo similar a todo vehículo de dos o más ruedas con motor a combustión o eléctrico, que puede desarrollar velocidades superiores a los 20 km/hs., como por ejemplo, motoneta, ciclomotor, bicicleta eléctrica (o e-bike), triciclo y/o cuatriciclo (o fourtrax).

Téngase en cuenta el anexo 670

EDADES LIMITES DE INGRESO, EGRESO Y COBERTURA: Contrariamente a lo establecido en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales (ANEXO 660) se cubrirá al Asegurado que haya superado los sesenta (65) años de edad y por las prestaciones que se indican en la presente póliza, siempre que tal situación haya sido expresamente aceptada por el Asegurador.

- Edad mínima de Ingreso: 14 años de edad inclusive.

-Edad máxima de ingreso al seguro: 70 años de edad inclusive.

- Edad Máxima de Permanencia en el seguro: 74 años de edad inclusive.

- Edad límite de cobertura sobre las cláusulas adicionales de Invalidez permanente, Asistencia médica y Sepelio: 70 años de edad inclusive. Alcanzada esta edad cesa la cobertura sobre estas cláusulas quedando asegurado únicamente por la cobertura de muerte por accidente hasta cumplir los 74 años de edad inclusive, fecha en que será excluido del seguro.
s de edad inclusive, fecha en que será excluido del seguro.

ALTURA MÁXIMA DE ACTIVIDADES: Se cubre la realización de trabajos hasta una altura máxima de 8 (ocho) metros. No obstante, estarán cubiertos los Asegurados que con motivo de la actividad/profesión declarada realicen tareas a una altura superior solamente cuando tal circunstancia sea expresamente aclarada en estas Condiciones particulares.

SEGURIDAD Y NORMAS: Complementando las Condiciones Generales se deja constancia que las personas aseguradas deberán cumplir estrictamente, de acuerdo con su profesión y/o actividad, con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, conforme a la Ley Nº 19.587, sus decretos reglamentarios Nº 351/79, 506/95, 911/96, 1338/96, 617/97 Y 249/07 y resoluciones y disposiciones concordantes que sobre el particular hayan sido dictadas o sean dictadas en el futuro por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia. En caso de incumplimiento a lo precedentemente mencionado, cesará automáticamente la cobertura de esta póliza, quedando facultada la compañía para declinar su responsabilidad e intervención frente al eventual accidente y rechazar cualquier reclamo realizado por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios.

BENEFICIARIOS: Para seguros colectivos (Tomador Contratante distinto del Asegurado) será de aplicación los anexos 665 y 667 y concordantes. Para seguros Individuales (Tomador Contratante) será de aplicación el anexo 660 clausula 19 y concordantes.

PLURALIDAD DE SEGUROS: Con relación a la Cláusula 13º de las Condiciones generales, se deja constancia que el Contratante/Asegurado deberá notificar a cada Asegurador los seguros de accidentes personales y/o accidentes personales aeronáuticos que tengan contratados o contraten en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma de $ 300.000 o su equivalente en moneda extranjera.

LÍMITE MÁXIMO POR EVENTO: Se entiende por este la responsabilidad máxima indemnizatoria a cargo de esta Compañía por los riesgos cubiertos en el presente contrato en el supuesto que, a raíz de un mismo evento, la sumatoria de las indemnizaciones que pudieran corresponder, tomando los demás Asegurados individuales, superen el tope máximo de $ 100.000.000.-
Se entiende por "evento" a todos y cada uno de los siniestros ocurridos a consecuencia de accidente y que se originen de una causa común.
Este límite es exclusivamente para el caso de pólizas colectivas.

ASEGURADOS EXTRANJEROS: Se otorgarán las coberturas indicadas en las presentes Condiciones Particulares a toda persona extranjera cuya estadía legal y legítima en el territorio de la República Argentina cumpla en un todo con la ley de migraciones Nº 25.871, su reglamentación y disposiciones vigentes.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: Completando los anexos incluidos en el presente seguro, la Cobertura Individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):
a) Por cumplir el Asegurado la edad máxima de permanencia establecida en estas Condiciones Particulares;
b) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador;

c) Por caducidad del Certificado de Incorporación del Asegurado por cualquier causa;
d) Por rescisión o caducidad de esta póliza;
e) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada.
f) Por encontrarse la póliza impaga.

DISPOSICIONES ADICIONALES: En caso de incumplimiento a lo precedentemente mencionado en las presentes Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales anexas, cesará automáticamente la cobertura de esta póliza, quedando facultada la Compañía para declinar su responsabilidad e intervención frente al eventual accidente y rechazar cualquier reclamo realizado por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 106.526.

Se instituyen como beneficiarios en primer término a R.P.B. SOCIEDAD ANONIMA 30663137375
DOS HERMANOS S.A. 30543096659
ADECO AGROPECUARIA S.A. 30618705672
HOLCIM ARGENTINA S.A. 30501111127 todos ellos por partes iguales y hasta el límite total de la cobertura detallada en las condiciones particulares de la póliza, por cualquier accidente que sufriera el asegurado en tanto se encuentre realizando tareas al servicio de estos y dentro de sus plantas o establecimientos, hasta cubrir sus obligaciones legales. Cubiertas estas obligaciones, serán beneficiarios de existir un remanente de la suma asegurada, los beneficiarios designados o los herederos legales.
Se aclara que en virtud de lo establecido en el Artículo 80º de la Ley de Seguros Nº 17.418, nuestra entidad no posee derechos de subrogación o repetición respecto de las indemnizaciones que pudieran efectuarse por siniestros cubiertos bajo el presente contrato de seguro, por lo que se deja constancia que nuestra entidad no reclamará o iniciará acciones de repetición o de regreso contra R.P.B. SOCIEDAD ANONIMA 30663137375
DOS HERMANOS S.A. 30543096659
ADECO AGROPECUARIA S.A. 30618705672
HOLCIM ARGENTINA S.A. 30501111127 (comitente, contratista y/o subcontratista), sus funcionarios, empleados u obreros, por cualquier norma jurídica con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal alcanzado por la cobertura de la presente póliza por algún accidente ocurrido en sus plantas a consecuencia de su trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

0620/0070106

CONDICIONES DE CLÁUSULAS		
Asegurado		Fecha de emisión
LOPEZ LUIS RUBEN		**03/11/2023**
Sección	Póliza	Endoso
Acc. Pers. PLENUS	**113060.5**	
Vigencia		
Desde el 04/11/2023 Hasta el 04/11/2024		

AF: "COMPROMISO ANTI FRAUDE - GUÍA DE RECOMENDACIONES"

La Holando - Compromiso Anti fraude
Guía de recomendaciones

Estimado asegurado,

El fraude contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando la gente engaña a la compañía y/o al productor asesor de seguros para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho. Su cooperación y solidaridad es primordial para combatir este delito.
A continuación, exponemos una lista de los NUNCA, útiles para disuadir, prevenir, detectar y denunciar fraude o tentativa de fraude:

* NUNCA debe firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
* NUNCA debe aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprenda, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
* NUNCA debe modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento en orden a que en la medida de sus posibilidades debe evitar o disminuir el agravamiento del daño), como tampoco exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
* NUNCA debe avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
* NUNCA debe facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.

Asimismo, ante un siniestro, recomendamos:

* Formular siempre la denuncia del acaecimiento del siniestro.
* Procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.
* Mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufra, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.
* No adquirir autopartes o repuestos de dudosa procedencia, no sólo porque pueden ser el producido de un delito grave, sino porque tampoco está garantizada su calidad. En su caso, acuda a los desarmaderos legalmente regulados, cuyos productos están certificados e identificados. Para mayor información ingrese en www.dnrpa.gov.ar y así podrá acceder al listado de desarmaderos inscriptos en el Registro Único de Desarmaderos de Automotores (RUDAC).

Ante cualquier duda o eventualidad, estamos a su entera disposición. Podrá comunicar las novedades que considere propicias para combatir el fraude a nuestra Oficina Antifraude - casilla de email antifraude@holansud.com.ar

21001: "COBERTURA BASICA MUERTE POR ACC."

COBERTURA BASICA DE MUERTE POR ACCIDENTE

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLAUSULA 1- Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente póliza.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y Particulares, predominarán estas últimas.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros deberán entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, lo que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

RIESGO CUBIERTO

CLAUSULA 2 - El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente 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 su muerte, según lo establecido en las Condiciones Particulares, y siempre que las consecuencias invalidantes del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.
A los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo daño físico que pueda ser determinado por los médicos de una manera cierta, sufrido 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 provengan 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 la Cláusula 5, Inc. b); 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, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

CLAUSULA 3 - El ámbito y el alcance de la cobertura se establecerán a través de las Condiciones Particulares de la póliza, dentro de las variantes posibles de acuerdo a lo que se indica a continuación en la presente Cláusula.
Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubrirá los accidentes -en los términos y alcances establecidos en la cláusula anterior- que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión u oficio declarado, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.
Se podrán cubrir también los accidentes que se produzcan durante la participación en juegos de salón, y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, fútbol, gimnasias, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, ski, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y water-polo.

CLAUSULA 4 - 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.

RIESGOS NO ASEGURADOS

CLAUSULA 5 - Quedan excluidos de este seguro:
a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2.
b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X2 y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o que el Asegurado lo(s) 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 (Arts. 152 y 70 - L. de S.).
d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.
h) Los gastos relacionados con la recalificación del accidentado a efectos de su reinserción laboral.
i) Las responsabilidades emergentes de la Ley 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y reglamentarias.
j) Los accidentes que no encuadren dentro de la definición de "accidente" según lo establecido en la Cláusula 2 de estas Condiciones Generales.
k) Los accidentes que ocurran como consecuencia del incumplimiento de las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo, cuando corresponda.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

CLAUSULA 6 - También quedan excluidos de este seguro:
a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, aún aquella no declarada formalmente.
b) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

PERSONAS NO ASEGURABLES

CLAUSULA 7 - El seguro no ampara a menores de 14 años, o mayores de 65 años, salvo pacto en contrario. Tampoco ampara a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 25%, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellos que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieren padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado de acuerdo con la Cláusula 12. Cuando se ampare a menores de 14 años, las sumas aseguradas que se asignen en ningún caso podrán superar los gastos de sepelio realmente incurridos.

MUERTE

CLAUSULA 8 - Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, si correspondiere. En caso de fallecimiento que de lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, rescindiéndose el presente contrato, y ganando el Asegurador la totalidad de la prima

AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS

CLAUSULA 9 - 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 ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

PLURALIDAD DE SEGUROS

CLAUSULA 10 - El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada Asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Vida y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tengan 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.

RETICENCIA

CLAUSULA 11 - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 - L. de S.).
Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 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 (Art. 6 - L. de S.).
Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 - L. de S.). En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).
Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del contratante y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

AGRAVACION O MODIFICACION DEL RIESGO

CLAUSULA 12 - 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 (Art. 38 - L. de S.). Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 - L. de S.).
Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.), únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:
a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
b) Modificación de su profesión o actividad u ocupación (Art. 133 - L. de S.)
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 (A.39-L. de S.).
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 Art. 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).
No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad u ocupación 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 la Cláusula 5, inciso g). La rescisión del contrato por agravación del 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 de seguro en curso, no mayor de un año (Art. 41 - L. de S.).

PAGO DE LA PRIMA

CLAUSULA 13 - El premio es debido 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, (Art. 30 - L. de S.).
El premio correspondiente a esta Póliza deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en la "Cláusula de Vigencia y Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato. Dicho pago estará sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la Cláusula mencionada.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLAUSULA 14 - 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 contrato de seguro;
b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;

CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIOS EN CASO DE ACCIDENTE

CLAUSULA 15 - 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 (Arts. 46 y 47 - L. de S.). Dicha comunicación deberá efectuarse en el Formulario de Denuncia que el Asegurador proporcionará a tal fin, debidamente cumplimentado, acompañado de una copia del documento de identidad, de copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado, y de una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificando su muerte.
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 (Art. 46 - L. de S.) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. Asimismo, deberán presentar documentación que avale su derecho a reclamar la prestación por parte del Asegurador.

CLAUSULA 16 - En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

CLAUSULA 17 - El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

CLAUSULA 18 - 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 (Art. 150 - L. de S.).

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

CLAUSULA 19 - La designación de beneficiario para el caso de muerte del Asegurado como consecuencia de un accidente, se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

CAMBIO DE BENEFICIARIO

CLAUSULA 20 - El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio del beneficiario.
El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

CLAUSULA 21 - El pago se hará dentro de los 15 días de notificado el fallecimiento del Asegurado, o de cumplidos los requisitos a que se refieren las Cláusulas 15 y 16 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.
En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieran noticias del avión por un período 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 hubiere sufrido accidentes resarcibles cubiertos por la presente póliza.

CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLAUSULA 22 - 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 con el régimen previsto en el Art. 36 de la Ley de Seguros.

RESCISION UNILATERAL

CLAUSULA 23 - 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 15 días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.
Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 18, 2do. párrafo, L. de S.).
En caso de rescindirse el contrato después de haber ocurrido durante su vigencia uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

CLAUSULA 24 - 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 (Arts. 15 y 16 -L. de S.).

COMPUTOS DE LOS PLAZOS

CLAUSULA 25 - Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

PRESCRIPCION

CLAUSULA 26 - Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización (Art. 58 - L.de S.).

PRORROGA DE JURISDICCION

CLAUSULA 27 - Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará 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.

ANEXO I - EXCLUSIONES CORRESPONDIENTES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA:

RIESGOS NO ASEGURADOS

CLAUSULA 5 - Quedan excluidos de este seguro:
a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2.
b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 2 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
c) Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o que el Asegurado lo(s) 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 (Arts. 152 y 70 - L. de S.).
d) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 2; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 3, o en condiciones distintas a las enunciadas en la misma.
h) Los gastos relacionados con la recalificación del accidentado a efectos de su reinserción laboral.
i) Las responsabilidades emergentes de la Ley 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y reglamentarias.
j) Los accidentes que no encuadren dentro de la definición de "accidente" según lo establecido en la Cláusula 2 de estas Condiciones Generales.
k) Los accidentes que ocurran como consecuencia del incumplimiento de las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo, cuando corresponda.

CLAUSULA 6 - También quedan excluidos de este seguro:
a) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional, aún aquella no declarada formalmente.
b) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
c) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

PERSONAS NO ASEGURABLES

CLAUSULA 7 - El seguro no ampara a menores de 14 años, o mayores de 65 años, salvo pacto en contrario. Tampoco ampara a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 25%, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellos que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubieren padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado de acuerdo con la Cláusula 12.
Cuando se ampare a menores de 14 años, las sumas aseguradas que se asignen en ningún caso podrán superar los gastos de sepelio realmente incurridos.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

Complementariamente a lo expresado en las Condiciones Generales se deja constancia que, por tratarse el presente de una póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales, se establecen las siguientes condiciones:

CLAUSULA 1 - DEFINICIONES
1) Contratante: Es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro, y que mantiene una relación previa con las personas asegurables distinta a la contratación de un seguro.
2) Personas Asegurables: Es asegurable en forma colectiva todo grupo de personas unidas por un interés común y preexistente. No obstante, se deja expresa constancia que esta cobertura no ampara las responsabilidades emergentes de la Ley 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y reglamentaciones.
3) Personas Aseguradas: El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la presente póliza, y por las prestaciones
especificadas en la misma y en el respectivo Certificado de Incorporación, mientras permanezcan en el grupo asegurado y cumplan la condición establecida por el inciso 2) de esta Cláusula.

CLAUSULA 2 - CALCULO DE PRIMAS
La prima de cada asegurado está dada por el producto de la tasa de prima que indica la tarifa vigente a la fecha de incorporación al seguro para la actividad declarada por aquél, por la suma asegurada.
Si la cantidad de asegurados no fuere inferior a 100 (cien), y los capitales y coberturas tuvieren uniformidad para todos los asegurados en relación con la actividad, antigüedad, jerarquía, etc., de los mismos, podrá establecerse una prima media dividiendo la suma de las primas individuales que resulten según el párrafo anterior por la suma de los capitales individuales de Muerte.
Dicha prima media será de aplicación a toda variación de asegurados o de capitales que se produzcan durante la vigencia anual de la póliza. Si durante la vigencia del seguro se produjere una variación en más o en menos superior al 19% (diecinueve por ciento) en la nómina de asegurados sé recalculará la prima media que rija en ese momento, siempre que dicha nómina no se haya reducido a menos de 90 (noventa) personas ya que, de lo contrario, no podrá mantenerse el sistema de prima media.
Toda extraprima por extensión de la cobertura a riesgos que no comprendan a la totalidad de los Asegurados, y/o por invalideces preexistentes, son de cálculo individual. Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en la nómina de asegurados y/o capitales y/o coberturas, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido o del que falte transcurrir hasta el vencimiento de la póliza, computándose meses enteros cualquiera sea la fracción de días corridos o a correr del período mensual en el que se verifique el hecho de la notificación al Asegurador de la exclusión o de la reducción, o de la aceptación por el mismo de la inclusión o el aumento solicitado.

CLAUSULA 3 - COBERTURA AUTOMATICA
El Asegurador se compromete a cubrir desde la fecha en que el Contratante lo solicite fehacientemente, a todas las personas que pasen a integrar el grupo asegurado para el que se ha emitido la presente póliza, siempre que se incluya en el seguro a todos los asegurables.
Se establecerá una escala perfectamente definida de sumas aseguradas, pudiendo ser uniforme para todos, o variable según pautas preestablecidas (por ejemplo actividad, jerarquía, antigüedad, etc.).
El Contratante se compromete a informar al Asegurador las inclusiones y exclusiones de asegurados en cuanto éstas se produzcan. Las inclusiones y exclusiones de asegurados tendrán vigencia a partir de las 12 horas del día en que sean informadas, si fueran informadas antes de esa hora. En caso de que las inclusiones y exclusiones fueran informadas con posterioridad a las 12 horas, tendrán vigencia a partir de las 12 horas del día siguiente.

CLAUSULA 4 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL
La Cobertura Individual de cada Asegurado terminará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):
a) Por cumplir el Asegurado la edad límite de cobertura establecida en las Condiciones Particulares;
b) Por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Contratante;
c) Por renuncia del Asegurado a continuar con el seguro;
d) Por rescisión o caducidad de esta póliza, o de su Certificado de Incorporación;
e) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada por muerte o invalidez permanente.

CLAUSULA 5 - PAGO DEL PREMIO
El premio total correspondiente a esta Póliza deberá ser abonado al Asegurador por el Contratante, quien a su vez cobrará a los Asegurados la parte proporcional asignada cuando así corresponda. Dicho pago deberá realizarse través de alguno de los medios de pago estipulados en la Cláusula de Vigencia y Cobranza del Premio, que forma parte del presente contrato.

CLAUSULA 6 - BENEFICIARIOS
El pago de las prestaciones por parte del Asegurador se hará directamente al Asegurado o a sus beneficiarios designados por éste que justifiquen su derecho, tal como está previsto en las Condiciones Generales de la póliza.
No obstante, a través de las Condiciones Particulares, podrá indicarse que cuando el Contratante se haga cargo de la prima correspondiente, y la prestación que corresponda sea una suma de dinero, se abone en primer término al Contratante por hasta el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrase con respecto a la vida o salud de los asegurados, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza.
En la Nómina de Personas y Sumas Aseguradas se detallarán los datos correspondientes a cada una de las personas aseguradas. En el Capítulo I de dicha nómina se indicarán las sumas aseguradas cuya prima se encuentre a cargo de los asegurados o que, estando a cargo del Contratante, éste no se instituya como Beneficiario. En el Capítulo II de la nómina se indicarán las sumas aseguradas cuya prima está a cargo del Contratante, y éste se instituya como beneficiario.

CLAUSULA 7 - EJECUCIÓN DEL CONTRATO
El Contratante y los Asegurados en cuanto sea razonable, se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza.
Las relaciones entre el Asegurador y los Asegurados o beneficiarios de éstos se desenvolverán siempre por intermedio del Contratante. Lo convenido precedentemente no
excluye el derecho propio que contra el Asegurador tienen los Asegurados y sus respectivos beneficiarios desde que ocurriera alguno de los eventos previstos por esta póliza.
Asimismo, el Contratante se compromete a:

1) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
2) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados, mediante el envío de los datos mínimos requeridos por el
Asegurador.
3) Informar a los Asegurados sobre los Prestadores Médicos a los cuales deben recurrir en caso de urgencias.
4) Hacer entrega de los Certificados de Incorporación emitidos a los Asegurados.
5) Denunciar al Asegurador las agravaciones/ modificaciones del riesgo asumido.
El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Contratante relacionados con la ejecución de este contrato.

105: "ANEXO 105 - CLAUSULA DE INTERPRETACION DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES"

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

I
1) Hechos de guerra internacional: Se entienden por tales hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

2) Hechos de guerra civil: Se entienden 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 constituidos u obtener la recesión de una parte del territorio de la Nación.

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

4) Hechos de sedición o motín: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.
Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser; asonada, conjuración.

5) Hechos de tumulto popular: Se entienden 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 emplearen.
Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta, conmoción.

6) Hechos de vandalismo: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúen irracional y desordenadamente.

7) Hechos de guerrilla: Se entienden 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 o fuerza pública o sectores de la población.
Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

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

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

9) Hechos de huelga: Se entienden 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.

10) Hechos de lockout: 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 agrupe, (reconocidas o no oficialmente), o;
b. El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de su establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lockout, 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 descriptos en el apartado 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 lockout.

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

21002: "CLAUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE"

1) RIESGOS CUBIERTOS
Cuando el beneficio de invalidez permanente hubiese sido contratado, se dejará expresa constancia en las Condiciones Particulares.
El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, cuando la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de su invalidez permanente, total o parcial, según lo establecido en las Condiciones Particulares, y siempre que las consecuencias invalidantes del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.
Se entiende que existe situación de Invalidez Permanente cuando el daño sufrido por el Asegurado le ocasione una disminución permanente de su capacidad laboral. Se excluyen
expresamente de la cobertura de invalidez permanente los casos que afecten al Asegurado en forma temporaria.

2) BENEFICIO
Si el accidente causare una invalidez permanente, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad del daño, según lo estipula el procedimiento que se detalla a continuación.
La evaluación de la existencia y grado de la Invalidez Permanente, será efectuada por un facultativo médico designado por el Asegurador, a su exclusivo cargo, quien realizará la determinación de conformidad con la tabla de evaluación de incapacidades que se indica en las Condiciones Particulares.
A tales efectos, se determinará la incapacidad funcional de acuerdo a los porcentajes establecidos en la tabla de evaluación referida, sin considerar los factores de ponderación previstos en la norma, ni revistiendo incidencia a los fines de la estimación del cálculo de incapacidad las tareas específicas que realizaba el Asegurado y su sobreviniente limitación para dichas actividades.
Cuando el grado de invalidez permanente así determinado sea igual o superior al 66 % se considerará invalidez total, y en consecuencia se abonará íntegramente la suma asegurada. La invalidez permanente será parcial, cuando fuere inferior al 66 %, en cuyo caso el monto de la prestación será igual a dicho porcentaje de invalidez permanente aplicado sobre la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares.
Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.
La pérdida de algún miembro u órgano incapacitado antes de un accidente cubierto, solamente será indemnizada en la medida en que constituya la agravación de una invalidez
anterior indemnizable.
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.
La indemnización por lesiones que, sin estar comprendidas en la enumeración existente en la tabla de evaluación de incapacidades mencionada precedentemente y en las Condiciones Particulares, constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

3) CARÁCTER DEL BENEFICIO
En caso de invalidez permanente a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, que dé lugar al pago de una suma total asegurada igual a la prestación prevista para el caso de muerte, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima, y quedando rescindido el presente contrato.
Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por fallecimiento, se reducirá la prestación por fallecimiento de acuerdo con lo que establece la Cláusula 8 de las Condiciones Generales.

4) RIESGOS NO CUBIERTOS
Los riesgos no cubiertos que se enumeran en las Cláusulas 5 y 6 de las Condiciones Generales de la póliza serán también aplicables a la presente Cláusula Adicional.

5) DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ
Para obtener el beneficio de invalidez permanente, corresponde al Asegurado o a su representante:

a) comunicar al Asegurador el acaecimiento del accidente dentro de los tres días de conocerlo en el Formulario de Denuncia que el Asegurador proporcionará a tal fin, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - L. de S.).

b) denunciar la existencia de la presunta invalidez permanente dentro de los 30 días contados a partir de la fecha del dictamen de la invalidez efectuado por el médico del Asegurado, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia;

c) presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas;

d) facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste, y someterse a los estudios complementarios ante organismos públicos o privados que dispongan los facultativos intervinientes a efectos de determinar fehacientemente la existencia de invalidez indemnizable.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste, deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. Cuando estuviese recibiendo tratamiento por parte de su propio médico, el Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificados médicos que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.

El Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite y prestarse a los estudios complementarios ante organismos públicos o privados que dispongan los facultativos intervinientes a efectos de determinar fehacientemente la existencia de invalidez indemnizable.

6) PLAZO DE PRUEBA
El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y las constancias mencionadas precedentemente, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

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

Cuando el Asegurador hubiere 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 6 meses de ocurrido el accidente se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

7) VALUACION POR PERITOS
Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, se considerará que la incumplidora ha renunciado a su derecho.
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 (Art. 57 -última parte- L. de S.).

8) TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
La cobertura que brinda esta Cláusula Adicional cesará:
1) a partir del momento en que el Asegurado haya percibido indemnizaciones por invalidez permanente por una suma total equivalente al capital asegurado bajo esta Cláusula Adicional;
2) al producirse la invalidez total y permanente, o la muerte del Asegurado;
3) al caducar la póliza por cualquier causa;
4) a partir del momento en que el Asegurado cumpla la Edad Límite de Cobertura prevista en las Condiciones Particulares.

9) CONDICIONES APLICABLES
Serán aplicables a esta Cláusula Adicional la totalidad de las Cláusulas pertenecientes a las Condiciones Generales de la póliza (por ej., definiciones, plazos de cumplimiento, riesgos no cubiertos y agravación de los mismos, etc.), en tanto no resulten contradictorias con los términos especificados en la presente.

21003: "ASISTENCIA MEDICA"

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

1) RIESGOS CUBIERTOS
Cuando el beneficio de asistencia médica hubiese sido contratado, se dejará expresa constancia en las Condiciones Particulares.
La presente Cláusula Adicional cubre las prestaciones médico-farmacéuticas que puedan requerirse como consecuencia directa de un Accidente cubierto, ocurrido en la República Argentina durante la vigencia de la póliza, siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, y con los límites indemnizatorios establecidos en el punto 2) de esta cláusula adicional.
En ningún caso el Asegurado podrá contratar esta Cláusula Adicional una vez que haya alcanzado los 70 años de edad.
Las prestaciones médico-farmacéuticas cubiertas bajo esta cláusula requerirán la previa autorización por parte del Asegurador, salvo en casos de urgencia que no permitieran cumplimentar este requisito.
Las prestaciones comprendidas en la presente cobertura son las siguientes:

ATENCIÓN MÉDICA - Se incluyen bajo este concepto las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria.
Quedan comprendidas bajo este concepto:
* Las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
* Las internaciones clínico¿quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
* Las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
* Las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
* Las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA - Se incluye bajo este concepto la provisión de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.

PRÓTESIS Y ORTESIS - Se incluye bajo este concepto la provisión de las prótesis u ortesis, en los casos en que el Asegurado requiera su implantación como consecuencia de las lesiones sufridas producto de un accidente cubierto. La provisión se efectuará de acuerdo a las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad y la prescripción del especialista y/o equipo tratante.
El Asegurador otorgará la prestación de los reemplazos de prótesis u ortesis que hayan sido provistas como consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza, cuando sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente. También cubrirá la renovación de prótesis u ortesis por desgaste de las provistas por medio de esta póliza, por prescripción médica.
Tanto el reemplazo como la renovación de prótesis u ortesis provistas en amparo y cumplimiento de las obligaciones emergentes de esta póliza, estarán cubiertos por una (1) única vez, siempre que dicho reemplazo o renovación deba realizarse dentro del plazo de cinco (5) años de ocurrido el siniestro.

REHABILITACIÓN - A los efectos de este seguro, se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por uno o más accidentes cubiertos por esta póliza, utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

TRASLADOS - Queda comprendido bajo esta cobertura el traslado de aquellos Asegurados que por razones médicas no puedan movilizarse por sus propios medios, desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología.
La elección del medio de traslado y las características del móvil se efectuará de conformidad a las necesidades según el estado clínico del paciente, documentado por indicación médica.

2) LIMITES INDEMNIZATORIOS
La suma total de los gastos en que se incurra por las prestaciones a brindar bajo esta Cláusula Adicional con motivo de un accidente cubierto por la Póliza, en ningún caso podrá superar el monto establecido como Límite Indemnizatorio previsto en las Condiciones Particulares. Una vez que con motivo de un accidente cubierto se hayan brindado prestaciones médico-farmacéuticas por un valor equivalente al Límite Indemnizatorio mencionado precedentemente, en ningún caso podrá restablecerse esta cobertura para el mismo siniestro.
Con el objeto de determinar el valor acumulado de las prestaciones médico farmacéuticas brindadas al Asegurado con motivo de un accidente, y de su comparación con el Límite Indemnizatorio correspondiente a esta Cláusula Adicional, se aplicarán las siguientes pautas:
* Las prestaciones médicas brindadas al Asegurado, se valorizarán tomando como base los valores establecidos en el nomenclador de prestaciones médicas que se indica en las Condiciones Particulares.
* Las prestaciones médicas no previstas en el nomenclador mencionado precedentemente se valorizarán a su valor de plaza.
* Los restantes elementos provistos al Asegurado (medicamentos, prótesis y ortesis, traslados, etc.), se valorizarán a su valor de plaza.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

3) DENUNCIA DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES
Para obtener el beneficio previsto en esta Cláusula Adicional, corresponde al Asegurado o a su representante:
a) Solicitar la autorización previa por parte del Asegurador presentando el Formulario de Denuncia del siniestro, salvo en casos de urgencias que no permitieran cumplimentar este requisito;
b) Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad;
c) Dentro de las 72 horas de obtenida el alta médica, deberá efectuarse la correspondiente notificación al Asegurador, adjuntando copia de la certificación que acredite el alta referida;
d) Facilitar cualquier comprobación, con gastos a cargo del Asegurador.

4) PLAZO DE PRUEBA
El Asegurador, dentro de las setenta y dos (72) horas de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. El silencio del Asegurador transcurrido el plazo establecido, significará aceptación tácita del beneficio reclamado. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo anterior no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de las afecciones sufridas por el Asegurado o en relación al contenido y alcance de las prestaciones requeridas para su tratamiento, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses a fin de confirmar el diagnóstico, en la medida en que así lo permita el grado de urgencia del caso bajo análisis. Solamente estará permitido el otorgamiento de prestaciones médicas sin autorización previa por parte del Asegurador, en los casos en que se requiera dar atención médica de urgencia con motivo de un accidente. Se establece que cuando proceda el rechazo del siniestro por tratarse de un riesgo no cubierto, el Asegurador podrá repetir de quien corresponda la totalidad de los gastos en que haya incurrido por el otorgamiento de prestaciones médico-farmacéuticas no cubiertas.

5) CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION POR PARTE DEL ASEGURADOR
La cobertura prevista en esta Cláusula Adicional es de carácter estrictamente prestacional.
El Asegurador, a través de la Red de Prestadores con la cual posee convenio, brindará al Asegurado las prestaciones que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura. El Asegurador deberá remitir a cada una de los Asegurados cubiertos por la presente Cláusula Adicional, el listado completo de los prestadores que forman parte de su Red de Prestadores, comprometiéndose a mantener actualizado dicho listado. Si el Asegurado incurriere en cualquier gasto médico en un Establecimiento Asistencial distinto a los indicados por el Asegurador, ya sea en forma particular o a través de su obra social o sistema de medicina prepaga, no se efectuará reintegro alguno de los mismos. Únicamente en los casos en que resultare imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención a un prestador no incluido en el listado de prestadores, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de prestaciones médico farmacéuticas incurridos, dentro de los 15 días corridos de efectuado el reclamo y de adjuntados los comprobantes de pago correspondientes, utilizando a tal efecto los valores establecidos por nomenclador según el procedimiento descripto en el inciso 2 de esta Cláusula Adicional. Corresponde al Asegurador la determinación del alcance de la prestación, conforme al criterio de su auditoria médica.
El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones asistenciales que lo atienden, o hubieren atendido con motivo de su afección.

6) EXCLUSIONES ESPECIFICAS
En adición de las exclusiones previstas en las Cláusulas 5 y 6º de las Condiciones Generales, quedan expresamente excluidas de la cobertura que otorga la Cláusula Adicional:
a) Las cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta Póliza;
b) Las intervenciones quirúrgicas, no quirúrgicas y/o cualquier tipo de tratamientos ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no
habilitado legalmente;
c) Las prótesis utilizadas con fines estéticos;
d) Las prótesis miogénicas o bioeléctricas.

7) CARÁCTER DEL BENEFICIO
Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Asistencia Médico Farmacéutica, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

8) VALUACION POR PERITOS
Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, se considerará que la incumplidora ha renunciado a su derecho.
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 (Art. 57 -última parte- L. de S.).

9) CONDICIONES APLICABLES
Serán aplicables a esta Cláusula Adicional la totalidad de las Cláusulas pertenecientes a las Condiciones Generales de la póliza (por ej., definiciones, plazos de cumplimiento, riesgos no cubiertos y agravación de los mismos, etc.), en tanto no resulten contradictorias con los términos especificados en el presente.

ANEXO I - EXCLUSIONES ESPECIFICAS CORRESPONDIENTES A LA CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA:

6) EXCLUSIONES ESPECIFICAS
En adición de las exclusiones previstas en las Cláusulas 5 y 6 de las Condiciones Generales, quedan expresamente excluidas de la cobertura que otorga la Cláusula Adicional:
a) Las cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta Póliza;
b) Las intervenciones quirúrgicas, no quirúrgicas y/o cualquier tipo de tratamientos ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no
habilitado legalmente;
c) Las prótesis utilizadas con fines estéticos;
d) Las prótesis miogénicas o bioeléctricas.

21004: "SEPELIO"

1) RIESGOS CUBIERTOS - LIMITE INDEMNIZATORIO
Cuando el beneficio de sepelio hubiese sido contratado, se dejará expresa constancia en las Condiciones Particulares.
La presente Cláusula Adicional ampara el riesgo de fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, y siempre que las consecuencias invalidantes del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar desde la fecha del mismo.
Los gastos en que se incurra por la prestación de sepelio a brindar bajo esta Cláusula, en ningún caso podrán superar el monto estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza en concepto de Límite Indemnizatorio para esta Cláusula Adicional.

2) DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO
Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado, los Beneficiarios deberán acompañar la correspondiente comunicación al Asegurador en el formulario que les será entregado, el que deberá ser acompañado de:
a) Copia legalizada de la partida de defunción;
b) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran;
c) Una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
d) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

3) CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION POR EL ASEGURADOR
El beneficio previsto por la presente Cláusula consiste en la prestación del servicio de sepelio por parte de alguna de las empresas de servicios fúnebres con las que posea convenio, hasta la concurrencia con el Límite Indemnizatorio establecido en el inciso 1) de esta Cláusula Adicional. El Asegurador deberá remitir a cada una de los Asegurados cubiertos por la presente Cláusula Adicional, el listado completo de las empresas de servicios fúnebres con las que posee convenio, comprometiéndose a mantener actualizado dicho listado. A los efectos de la obtención de los servicios necesarios para inhumar al Asegurado fallecido, los familiares o personas allegadas harán el reclamo correspondiente ante las empresas de servicios fúnebres, solicitando la prestación del servicio. En el caso en que el Asegurado falleciera en circunstancias tales que nadie se hiciera cargo de su sepelio, este seguro obrará de modo tal que, puesto el Asegurador en conocimiento de dicha circunstancia, se hará cargo de los gastos de inhumación por intermedio de alguna de las empresas de servicios fúnebres cercanas al lugar del deceso, hasta la concurrencia con el Límite Indemnizatorio establecido en el inciso 1) de esta Cláusula Adicional

4) INDEMNIZACION EN EFECTIVO
Cuando por cualquier circunstancia no fuera posible la prestación del servicio de sepelio por parte de alguna de las empresas integrantes del listado que se menciona en el inciso 3), el Asegurado podrá requerir los servicios a otra empresa no incluida en dicho listado. En este supuesto el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos incurridos a la persona que haya pagado el servicio de sepelio dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la factura y recibo correspondientes, hasta un máximo equivalente al Límite Indemnizatorio correspondiente a esta Cláusula Adicional.

5) CARÁCTER DEL BENEFICIO
Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas, no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de gastos de sepelio, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás prestaciones establecidas en la Póliza.

6) CONDICIONES APLICABLES
Serán aplicables a esta Cláusula Adicional la totalidad de las Cláusulas pertenecientes a las Condiciones Generales de la póliza (por ej., definiciones, plazos de cumplimiento, riesgos no cubiertos y agravación de los mismos, etc.), en tanto no resulten contradictorias con los términos especificados en la presente.

21005: "S/PERSONA DE UN TERCERO/BENEF."

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

2) El presente seguro cubre los accidentes que sufra la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y por las prestaciones especificadas, mientras elContratante tenga un interés económico lícito sobre su vida o salud.

3) Cuando la prestación que corresponda como consecuencia del accidente cubierto por la póliza sea una suma de dinero, se abonará en primer término al Contratante, con preeminencia sobre el Asegurado y los beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación:
a) Por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufriera la persona indicada en las Condiciones Particulares de la misma;
b) Por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando ésta sufriera accidentes cubiertos por el contrato.

4) Previa citación al Contratante, para que en el término de tres días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

21011: "COB. HORARIO LABORAL TRAYECTO HABITUAL"

AMBITO Y ALCANCE DE LA COBERTURA
Queda establecido y convenido que el Asegurador se obliga a brindar las prestaciones estipuladas en las Condiciones Particulares únicamente cuando el Asegurado sufriera un accidente ocurrido por el hecho o en ocasión del ejercicio de su profesión o actividad u ocupación declarada, dentro del horario y ámbito habitual en que desempeña sus tareas, siempre que dicho accidente fuere la causa originaria del daño sufrido, y que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del mismo.
También estarán cubiertos los accidentes ocurridos en el trayecto habitual, es decir, el trayecto directo entre el domicilio particular del Asegurado y el lugar donde desempeña la profesión o actividad u ocupación declarada, o viceversa, siempre que el Asegurado no hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causa, motivo u ocasión ajenos a su profesión o actividad u ocupación declarada. En el caso de accidente producido en el trayecto habitual, el beneficio por muerte, o invalidez permanente o temporaria, cuando estas coberturas hayan sido contratadas, surgirá de aplicar el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares sobre el monto de la suma asegurada de cada uno de esos beneficios.
Tal como se indica en las Condiciones Generales -Cláusula 5 - inc. i)- quedan excluidas de este seguro las responsabilidades emergentes de la Ley 24.557, sus modificaciones, disposiciones complementarias y reglamentaciones.

T: "CLAUSULA ESPECÍFICA DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA PARA EL RIESGO DE TERRORISMO"

Por la presente exclusión particular, queda entendido y convenido que ésta póliza no cubre ningún tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por que sea resultante de, suceda por, como consecuencia de o en conexión con cualquier acto de terrorismo, y así haya cualquier otra causa contribuido paralelamente o en cualquier otra secuencia al siniestro, daño, costo o gasto.

A los efectos de esta exclusión particular, por "terrorismo" se entenderá todo acto o amenaza de violencia, o todo acto perjudicial para la vida humana, los bienes tangibles o intangibles o la infraestructura, que sea hecho con la intención o con el efecto de influenciar cualquier gobierno o de atemorizar el público en todo o en parte.

El Asegurado tendrá la carga de la prueba del siniestro, daño, costo o gasto, si en cualquier demanda u otro procedimiento legal el Asegurador alegare que debido a esta exclusión dicho siniestro, daño, costo o gasto no está cubierto por la presente póliza.

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 ésta Cláusula, permanecen en vigor y serán plena y totalmente aplicables a cualquier reclamo que se formule bajo la misma.

Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

HOLANDO
SEGUROS

CLAUSULA DE VIGENCIA Y COBRANZA DE PREMIO

Cláusula CA-CC 1.1

Asegurado		Fec. emisión
LOPEZ LUIS RUBEN		**03/11/2023**
Sección	Póliza	Endoso
Acc. Pers. PLENUS	**113060.5**	**0**
Premio		
58,246.67 Pesos		

Artículo 1 -El o los premios de este seguro, deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que de comienzo la cobertura la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante la extensión del recibo oficial correspondiente. Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato y el resto se abonará en cuotas mensuales, iguales y consecutivas en los plazos indicados en la correspondiente factura. Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente de financiación que se indica en la correspondiente factura. 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 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora 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. Para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del Asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (cero) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido. Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. 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.

Condición Resolutoria: Transcurridos sesenta (60) días desde el primer vencimiento impago sin que se haya producido la rehabilitación de la cobertura de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior o sin que el asegurado haya ejercido su derecho de rescisión, el presente contrato quedara resuelto de pleno derecho sin necesidad de intimación de ninguna naturaleza y por el mero vencimiento de plazo de sesenta (60) días, hecho que producirá la mora automática del tomador/asegurado debiéndose aplicar en consecuencia la disposiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al asegurado. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3. Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en 30 (treinta) días.

Artículo 4. 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.

Artículo 5. Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

Forma de pago y vencimiento de cuotas

Modalidad de pago: Pago total al CONTADO

$ 58.246.67

Modalidad de pago: Pago en CUOTAS

Cuota	Vencimiento	Moneda	Importe
1	19/11/2023	$	5,295.00
2	19/12/2023	$	5,295.00
3	19/01/2024	$	5,295.00
4	19/02/2024	$	5,295.00
5	19/03/2024	$	5,295.00
6	19/04/2024	$	5,295.00
7	19/05/2024	$	5,295.00
8	19/06/2024	$	5,295.00
9	19/07/2024	$	5,295.00
10	19/08/2024	$	5,295.00
11	19/09/2024	$	5,296.67

Condición Particular

Queda convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generan por cualquier concepto, vinculado con este u otros seguros celebrados entre las partes, se compensaran de pleno derecho hasta la concurrencia de o de los montos menores, Se hace así aplicación de las normas pertinentes del Código Civil, reemplazando esta condición cualquier otra que en esta materia contenga las pólizas respectivas.

ADVERTENCIA: La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.
ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA

CLÁUSULA APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Sección: Acc. Pers. PLENUS **Póliza:** 113060.5
Contratante: LOPEZ LUIS RUBEN-4352516
Productor: PACOR WALTER LEONARDO-0620/0070106
Moneda: Pesos

Nómina Vigente del Personal Asegurado
Al 28/02/2024

Certif.	Apellido y Nombre	CUIL / Docum.	Fec. Nacim.	Edad	Suma Aseg.	Premio
1	LOPEZ LUIS RUBEN Cuil 20231434217	20-23143421-7		51	8,000,000	58,246.67

TOTALES

Certificados: 1 **Capital Asegurado:** 8,000,000 **Premio:** 58,246.67 **Redondeo:** 0.00 **Otros Adicionales:** 576.70

0620/0070106

Lugar y fecha

Firma del Contratante

HOLANDO
— SEGUROS —

Buenos Aires, 03/11/2023

C.U.I.T. 33-50003806-9 - CAJA JUB.COM.Y ACT.CIV. 50003806 - I.V.A. RESP. INSCRIPTO - IMP. INTERNOS RESPONSABLE - ING. BRUTOS 901-913470-3

Señores				Clave para pagos electrónicos
LOPEZ LUIS RUBEN				**Banelco 4352516** **Link 282 - 4352516**
Domicilio			Localidad	
CUBA N° 360			**CP 3200 - CONCORDIA**	
I.V.A.	"A"		Documento	
RESP. INSCRIPTO			**C.U.I.T: 20-23143421-7**	
Sección	Póliza	Endoso	Cia. Piloto	
Acc. Pers. PLENUS	**113060.5**	**0**		

Detalle	Vigencia del Contrato CA - CO 6.1		Periodo Facturado CA - CO 7.1	
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del
AP PLENUS VARIABLE 8.000.000 /			**04/11/2023**	**04/11/2024**

Suma asegurada	Valor de Referencia
$ 8,000,000.00	**- - - -**

Prima	
$	**46,099.10**
Subtotal	
$	46.099.10
Tasas e Impuestos	
$	**507.09**
Sellados	
$	**576.70**
Subtotal	
$	47.182.89
I.V.A. R.I.	
$	**9,680.81**
I.V.A. R.G. 3337	
$	**1,382.97**

Premio Total

$ 58,246.67

FACTURA

Nro. Identificatorio ante organismos fiscales y cobro en débito automático: **232100022184**

ADVERTENCIA: ver cláusula de cobranza del premio en las condiciones generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.
ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

IMPORTANTE: Lea al dorso de esta factura
y elija para su comodidad el medio de pago que mas le convenga.

LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA
Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

HOLANDO
— SEGUROS —

Cobertura de accidentes

personales con asistencia médica



Para solicitar asistencia, deberá comunicarse
con **Línea gratuita para Urgencias y Emergencias**

0-800-222-PLENUS
(7536)

Centro de atención al cliente

¿Cómo actuar en caso de accidente?

a) Efectúe la denuncia del siniestro en La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A., llamando inmediatamente al 0800-222-7536 indicando su Nombre, Apellido y DNI.
b) Complete el formulario de denuncia y preséntelo en la aseguradora dentro de las 72 horas de producido el accidente o anticípelo a plenus@laholando.com

Nombre y Apellido:

DNI:

www.laholando.com
La Holando Sudamericana
Cía. de Seguros S.A. Sarmiento 309
C1041AAG I C.A.B.A., Argentina.
[T] (5411) 4321-7600

SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn

Atención al asegurado 0800-666-8400

Nº de insc. en SSN 0079